



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Potilasturvallisuus psykiatrisessa hoitotyössä

Hopia, Maikki

2013 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Potilasturvallisuus psykiatrisessa hoitotyössä

Maikki Hopia
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2013

Maikki Hopia

Potilasturvallisuus psykiatrisessa hoitotyössä

Vuosi 2013

Sivumäärä 78

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuuden toteutumista eräällä akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla sekä kuntouttavalla psykiatrisella osastolla hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Aihe rajattiin käsittelemään erityisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa potilasta eristystilanteissa ja osastolla.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Potilasturvallisuutta selvitettiin teemahaastattelulla. Haastattelu toteutettiin heinäkuussa 2013 focus group -haastatteluna, johon osallistui neljä sairaanhoitajaa. Haastattelumateriaali analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että potilasturvallisuuden vaarantumiseen vaikuttivat osaston huonokuntoisten potilaiden määrä ja aktiviteettien epätasapaino, jotka aiheuttivat levottomuutta. Henkilökunnan valmiudet vaaratilanteissa eivät aina olleet riittävät ja sen vuoksi potilas ehti aiheuttaa henkisiä ja fyysisiä vammoja omalla toiminnallaan sekä muille että itselleen. Vaaratilanteita pyrittiin ehkäisemään konfliktien ennaltaehkäisyllä, potilasta suojelevala hoidolla, esimerkiksi vierihoidolla, hoitajien ammattitaidolla, arvoilla ja asenteilla sekä oikeanlaisella toiminnalla eristystilanteissa. Ryhmähaastattelussa ilmeni, että vaaratilanteisiin liittyi toisinaan väkivaltaa, mutta henkilökunnan ammatillisuudella pystyttiin vaikuttamaan potilaiden turvallisuuden tunteeseen.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että eristysten käyttöä harkittiin huolellisesti ja potilaalle valittiin aina vähiten rajoittava toimenpide. Eristystilanteesta luotiin mahdollisimman inhimillinen eikä eristystä jatkettu tarpeettomasti. Resurssipulan vuoksi hoitajan rauhoittava läsnäolo osaston puolella jäi välillä vähäiseksi. Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että potilasturvallisuus toteutui melko hyvin kahdella psykiatrisella osastolla.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää potilaiden omaisten kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä ja erityisesti tahdonvastaisessa hoidossa ja pakon käytössä. Eristystä ja pakkokeinoja olisi kiinnostavaa tutkia myös ihmisoikeusjärjestöjen ja median näkökulmasta.

Asiasanat: potilasturvallisuus, eristys, mielenterveystyö, pakkokeinot.

Maikki Hopia

Patient safety in psychiatric nursing

Year	2013	Pages	78
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to examine the safety of patient on acute closed psychiatric ward and rehabilitation psychiatric ward from nurse's perspective. The aim of this thesis was to provide knowledge of patient safety in psychiatric nursing. The subject was limited to specifically address the involuntary treatment of the patients in isolation situations and on the ward.

The thesis was executed as a qualitative research. Patient safety was examined with thematic interviews. The interview was conducted in July 2013 with a focus group interview which was attended by four nurses. The interview material was analyzed by inductive content analysis.

It became clear in the group interview that patient safety was affected by the number of patients in poor health on the ward and the imbalance of activities, which both caused agitation. The preparedness of staff in danger incidents was not always adequate and therefore, the patient was able to cause mental and physical injuries to himself as well as other patients. The staff aimed to avoid the occurrence of these incidents by conflict prevention and protection of patients in a treatment, by employing side-treatment, nurse's skills, values and attitudes and by using appropriate policies in isolation situations. The group interview revealed that the incidents involved occasionally violence but the professional attitude of staff was able to enhance the patients' sense of security.

In conclusion, it was found that the use of isolation was always considered carefully and the least restrictive measure for patient was always employed. The isolation situation was handled as humanely as possible and isolation was not extended unnecessarily. Due to the lack of resources, the calming presence of the nurse on the ward was sometimes very limited. Based on the results, it appears that patient safety was realized quite well on these two psychiatric wards.

In the future, it might be interesting to find out patient's relatives' experience of patient safety realization in psychiatric nursing and, in particular, in involuntary treatment and use of compulsion. It would be also interesting to examine Isolation and coercive measures from the perspective of human rights organizations and the media.

Keywords: patient safety, isolation, mental health work, compulsion.

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Teoreettinen tausta	8
2.1	Psykiatrinen sairaala	8
2.2	Potilasturvallisuus.....	8
2.3	Lainsäädännöllinen tausta	10
2.4	Tahdonvastainen hoito ja eristystoimenpiteet	13
2.5	Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen	21
2.6	Potilaan lääkitseminen	22
2.7	Aggressiivisen potilaan hoito	23
3	Tutkimuskysymykset	24
4	Tutkimusmenetelmät	25
4.1	Menetelmän kuvaus.....	25
4.2	Otos	25
4.3	Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä	26
4.3.1	Teemahaastattelu	26
4.3.2	Focus group -haastattelu.....	27
4.4	Sisällönanalyysi.....	28
5	Tulokset	30
5.1	Vaaratilanteiden ehkäisykeinot psykiatrisella osastolla	30
5.1.1	Konfliktien ennaltaehkäisy.....	30
5.1.2	Potilasta suojeleva hoito	31
5.1.3	Hoitajien ammattitaito	32
5.1.4	Hoitajien arvot.....	32
5.1.5	Hoitajien asenteet	33
5.1.6	Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen	33
5.1.7	Henkilökunnan toiminta eristystilanteissa.....	34
5.2	Potilasturvallisuuden vaarantuminen psykiatrisella osastolla.....	35
5.2.1	Huonokuntoiset potilaat ja aktiviteettien epätasapaino aiheuttavat levottomuutta	35
5.2.2	Henkilökunnan valmiudet vaaratilanteissa eivät ole riittävät	36
5.2.3	Potilas voi aiheuttaa henkisiä ja fyysisiä vammoja omalla toiminnallaan.....	37
5.3	Sairaanhoitajien kokemus psykiatrisen osaston turvallisuudesta.....	38
5.3.1	Osaston vaaratilanteet ja väkivalta	38
5.3.2	Potilaiden huonokuntoisuus, laaja ikäjakauma ja kokemushistoria	39
5.3.3	Eistuksen tarpeellisuus ja sen taso	39
5.3.4	Lievimmän keinon rajoitusta valitessa ristiriita	40
5.3.5	Eistystilanteen inhimillisuus	40

5.3.6	Kommunikaatioyhteys	41
5.3.7	Henkilökunnan ammatillisuus ja asenteet	41
6	Pohdinta.....	42
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	42
6.2	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	43
6.3	Tutkimusprosessin kuvaus	44
6.4	Opinnäytetyön etiikka.....	45
6.5	Tutkimuksen luotettavuus	46
	Lähteet.....	48
	Kuviot.....	51
	Liitteet	52

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on potilasturvallisuus psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön toteuttamisympäristönä on erään psykiatrisen sairaalan suljettu aikuispsykiatrinen ja kuntouttava aikuispsykiatrinen osasto.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuuden toteutumista akuutilla suljetulla ja kuntouttavalla psykiatrisella osastolla hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Tietoa potilasturvallisuuden toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä hankin etsimällä teoretietoa aiheesta sekä haastatteleamalla sairaanhoitajia, jotka työskentelevät psykiatrisella osastolla. Aihe rajattiin käsittelemään erityisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa potilasta eristystilanteissa ja osastolla. Keskeiset käsitteet ja avainsanat ovat potilasturvallisuus, eristys, mielenterveystyö ja pakkokeinot.

Aiempaa tutkimusta on tehty eristämis- ja sitomiskäytännöistä (Kontio 2011), rajoitetoimista erityisesti nuorisopsykiatrisessa työssä (Hottinen 2013), eristystilanteista (Keski-Valkama 2010) ja pakkotoimista (Tuohimäki 2007). Mielenterveyslaissa (1116/1990) määritetyt kohdat potilaan määräämisestä tahdosta riippumattomaan hoitoon, itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, kiinnipitämisestä, eristämisestä ja sitomisesta (Mielenterveyslaki 1116/1990) ovat osa tämän opinnäytetyön teoriaosuutta. Opinnäytetyössä selvitetään, toteutuuko potilaan hoito kahdella psykiatrisella osastolla lain osoittamissa puitteissa. Lisäksi selvitetään, saako potilas inhimillistä kohtelua osakseen sekä kuinka helposti ja millä perusteilla potilas voidaan eristää.

Opinnäytetyön aihe on tarpeellinen ja ajankohtainen. Potilasturvallisuus psykiatrisessa hoidossa kiinnostaa minua itseäni suuresti. Harjoitteluni suljetulla osastolla herätti entistä vahvemman halun vaikeahoitoisten potilaiden parissa työskentelystä ja koen tarvetta selvittää potilasturvallisuuden toteutumista pakkokeinotilanteissa. Uskon opinnäytetyön tekemisestä olevan hyötyä oman ammatillisuuteni kehittymiselle sekä mahdollisesti ilmenevien epäkohtien kautta oman inhimillisen ajattelutavan kasvamiselle.

Opinnäytetyön tuottamalla aineistolla saadaan tietoa potilasturvallisuuden toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä, joka saattaa herättää psykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoitajat pohtimaan potilasturvallisuuden ja potilaan inhimillisen kohtaamisen tasoa omalla työpaikalla.

2 Teoreettinen tausta

2.1 Psykiatrinen sairaala

Opinnäytetyössä tutkittava sairaala on psykiatriaan erikoistunut sairaala. Potilaan sairaalahoidon alkaa lääkärin tekemästä läheteestä. Osastolla on käytössä sairaalahoidon lisäksi muita tärkeitä hoitomuotoja, kuten perhe- ja verkostonselvittelyt sekä erilaisia toiminnallisia terapi- oita, kuten liikunta- ja taideterapia.

Kyseisen psykiatrisen sairaalan suljettu osasto on 13-paikkainen psykiatrinen vastaanotto- ja hoito-osasto, jossa hoidetaan akuutisti sairastuneita ja välitöntä sairaalahoidon tarvitsevia potilaita. Ensisijaisesti osastolla hoidetaan psykoosipotilaita, vakavassa itsemurhavaarassa olevia tai vakavaa masennusta sairastavia potilaita sekä delirium-potilaita. Kuntouttava osasto on 17-paikkainen psykiatrinen kuntoutus- ja hoito-osasto.

Keskimääräinen hoitoaika suljetulla osastolla on kolme viikkoa, jonka jälkeen osa potilaista kotiutuu ja osa siirtyy jatkohoitoon sairaalan muille osastoille. Omahoitajasuhdetta voi tarpeen mukaan jatkaa sairaalahoidon jälkeen jälkipoliklinisinä käynteinä. Potilashoidon perustana osastolla pidetään potilaan sosiaalisen ympäristön huomioimista pari-, perhe- ja verkostotapaamisten muodossa. Kuntouttavalla osastolla hoitoajat vaihtelevat lyhyistä intervallityyppisistä hoidoista pidempiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. Kuntouttavalla osastolla psykoedukaatio, lääkähoidon toteuttaminen, päivittäisten toimintojen harjoittelu ja kotikäynnit kuuluvat olennaisesti hoitoon.

2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuusstrategia on Sosiaali- ja terveysministeriön asettama potilasturvallisuuden edistämistä ohjaava strategia, jonka tavoitteena on vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden hallitseminen oppimalla ja ennakoimalla sekä sen edistäminen riittävin voimavaroin ja suunnitelmallisesti. Tavoitteena on myös potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon ope- tuksessa ja tutkimuksessa. Potilasturvallisuus ja sen edistäminen ovat osa riskien ja laadun hallintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Strategian tarkoituksena on yhtenäistää suomalaisen sosiaali- ja terveydenhoidon potilasturvallisuuskulttuuria ja edistää sen toteutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 3-11.)

Turvallisessa hoidossa potilaalle ei koidu hoidosta tarpeetonta haittaa ja se toteutetaan oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Vaikka hoitohenkilökunta on työhönsä sitoutunutta ja ammatti-

taitoista, voi vaaratapahtumia silti ilmetä. Potilasturvallisuus sisältää toiminnot ja periaatteet, joilla hoidon turvallisuus varmistetaan potilaalle. Hoitotyössä potilasturvallisuudella tarkoitetaan sellaisia toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumiselta sekä varmistaa potilaalle annetun hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuus toteutuu parhaiten tutkimalla ja arvioimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siellä ilmeneviä turhia riskejä sekä siirtämällä huomion potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sen sijaan että tuijotettaisiin yksittäistä työntekijää ja virhettä. Potilasturvallisuutta voidaan tutkia turvallisuuskulttuurin, johtamisen, vastuun ja säädösten näkökulmista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11-13.)

Potilasturvallisuudella (ruotsiksi patientsäkerhet, englanniksi patient safety) tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumiselta ja varmistaa potilaan turvallisuus hoidon aikana. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa hänen tarvitsemansa oikean hoidon saamista, josta koituu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja sen katsotaan kattavan hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden. (Potilasturvallisuusstrategia 2009, 20.)

Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan potilaan turvallista hoitoa edistävää systemaattista toimintatapaa, johon kuuluvat sitä tukevat asenteet, arvot ja johtaminen. Tärkeää potilasturvallisuuskulttuurissa ovat toiminnan jatkuva kehittäminen, korjaavat ja ehkäisevät toimenpiteet sekä riskien arviointi. (Potilasturvallisuusstrategia 2009, 20.)

Potilasturvallisuuden parantamiseksi on myös osastojen turvallisuuteen syytä kiinnittää huomiota, sillä viihtyisä, tilava ja helposti valvottava osasto takaa hoitohenkilökunnalle turvallisemmat työskentelyolosuhteet ja näköyhteyden osastolle. Toimivan hälytysjärjestelmän avulla työntekijä pystyy ilmoittamaan avuntarpeesta vaaratilanteessa. Osastolla on syytä pitää esillä ainoastaan välttämättömiä esineitä, jolloin niiden aseena käyttämisen riski olisi minimoitu. (Huttunen 1992, 261-270.)

Eristyshuoneen sisustuksen tulee olla turvallinen itsetuhoiselle potilaalle, jotta itsensä vahingoittamisen riski olisi mahdollisimman pieni. Potilaan vaatteen sekä erityshuoneen vuodevaatteet tulee olla materiaalia, jota ei voida repiä. Lepositeiden käyttö on perusteltua, jos potilaalla ilmenee väkivaltaisuutta itseään tai muita kohtaan eikä turvallisuutta voida sen vuoksi taata. Alkoholideliriumissa olevan potilaan sitominen voi olla tarkoituksenmukaista, jos potilas on vaaraksi itselleen. Potilaan kanssa on syytä käydä läpi eristykseen johtaneet syyt ja tapahtumat sekä eristys on lopetettava, kun potilas on rauhoittunut ja kykenevä hallitsemaan itseään. (Huttunen 1992, 261-270.)

”World Alliance for Patient Safety” on WHO:n (World Health Organization) vuonna 2004 perustama ohjelma, jonka tavoitteena on saada jäsenmaitaan pyrkimään kohti parempaa potilasturvallisuutta. Ohjelma on kasvanut ja kehittynyt viime vuosien aikana runsaasti edellisen, vuonna 2006 julkaistun ohjelman jälkeen. Ohjelma kehittäminen perustuu aiemman ohjelman onnistumiseen ja sen avulla on pystytty löytämään uusia työstettäviä osa-alueita potilasturvallisuuden toteutumisessa. WHO:n jäsenvaltioiden ja eri sidosryhmien yhteistyöllä pyritään parantamaan valmiuksia potilasturvallisuuden toteutumiseen sekä tuottamaan hyödyllistä tietoa ja uusia tutkimuksia potilasturvallisuudesta. World Alliance for Patient Safety -ohjelman mukaan turvallisemman terveydenhuollon luomiseen voidaan vaikuttaa ongelmien arvioinnilla ja ymmärtämisellä, kapasiteetin vahvistamisella, kestäväällä sitoutumisella ja uudistusten edistämällä, saatavuuden ja käytön tuntemuksen parantamisella sekä normien ja standardien kehittämisellä. (World Health Organization 2008, 2-3.)

2.3 Lainsäädännöllinen tausta

Mielenterveyslain (1116/1990) kolme kohtaa tulee täyttyä, jotta henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon. Henkilön on todettu olevan mielisairas, hänen on mielisairautensa vuoksi todettu olevan hoidon tarpeessa siten, että ilman hoitoon toimittamista hänen mielisairautensa pahenisi entisestään tai muulla tavoin vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta, eikä muiden mielenterveyspalveluiden avulla saada riittävää vastetta aikaiseksi tai ne eivät sovellu käytettäväksi. Myös vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsivä alaikäinen voidaan samoilla kriteereillä toimittaa psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta. Alaikäisen hoito järjestetään yksikössä, jossa on valmiudet ja edellytykset hoitaa häntä ja hoidon tulee tapahtua erillään aikuisista, ellei todeta, että olisi alaikäisen edun mukaista toimia toisin. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Mielisairaudella tarkoitetaan lääketieteellisesti sellaista vakavaa häiriötä mielenterveydessä, jossa olennaisena osana on selkeitä todellisuudentajun häiriintymiseen viittaavia oireita ja jonka perusteella potilasta voidaan pitää psykoottisena. Potilaan mielisairauden määrittäminen vaatii asiantuntevilta lääkäreiltä huolellista potilaan tutkimusta. Nykyisen tautiluokituksen mukaan mielisairauksiin luetaan muun muassa skitsofrenia, vakava masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö, dementian vaikea-asteinen muoto, harhaluuloisuustila ja deliriumtila. (Tolonen 2011, 65-66.)

Potilaan perusoikeuksia, esimerkiksi itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa ainoastaan sen verran kuin potilaan sairauden hoito, potilaan tai toisen henkilön turvallisuus tai muun edun turvaaminen ehdottomasti edellyttää. Tarvittavat hoidolliset toimenpiteet tulee suorittaa potilaan ihmisarvoa kunnioittavasti sekä ehdotonta turvallisuutta noudattaen. Potilaan sairaalassa

olon syyhyn ja perusteeseen on kiinnitettävä huomiota valittaessa ja mitoitettaessa potilaan itsemääräämisoikeuden rajoitusta. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Potilaalla on laillinen oikeus hoitoon, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Potilaan ihmisarvoa ei saa loukata sekä hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan on kunnioitettava. Jos potilaan hoitoa ei kyetä järjestämään välittömästi, on potilas ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä ja hänelle on ilmoitettava odotuksen syy ja arvioitu kesto. Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidostaan ja omasta tilastaan riittävän ymmärrettävästi. Potilaan hoito tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä hoitavan tahon kanssa ja potilaalla on oikeus myös kieltäytyä toimenpiteistä tai hoidosta. Jos potilas sen sijaan todetaan kykenemättömäksi päättämään omasta hoidostaan, voidaan häntä hoitaa etunsa mukaisesti tahdosta riippumatta. Hoitoa toteutettaessa laaditaan potilaalle hoitosuunnitelma. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Psykykkistä sairautta hoidettaessa saadaan potilaan tahdosta riippumatta käyttää ainoastaan sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä hoito- ja tutkimustoimenpiteitä, joiden käyttämättä jättämisellä voitaisiin vakavasti vaarantaa potilaan omaa tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Toimenpiteistä, kuten potilaan kiinnipitämisestä, sitomisesta tai muusta näihin rinnastettavasta hoidon kannalta välttämättömästä lyhytaikaisesta rajoitustoimenpiteestä päättää potilasta hoitava lääkäri. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Lääkärin päätöksellä potilaan liikkumisvapautta saadaan rajoittaa siten, että poistuminen sairaalan alueelta tai hoitoyksikön tiloista on kielletty. Jos potilas ei noudata kieltoa tai luvan saatuaan jättää kuitenkin palaamatta sairaalaan, voidaan potilas noutaa sinne takaisin. Potilaan siirtämiseksi tai poistumisen estämiseksi saa osaston henkilökunta käyttää tarvittavia voimakeinoja, jotka ovat puolustettavia. Puolustettavuutta arvioidessa otetaan huomioon potilaan sairaalassa olemisen syy, poistumisesta aiheutuva vaara potilaan omalle tai muiden henkilöiden turvallisuudelle tai terveydelle, käytössä olevat voimavarat ja muut tilanteen kokonaisuuteen vaikuttavat asiat. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Kiinnipitäminen, eristäminen ja sitominen ovat psykiatrisessa hoidossa olevaan potilaaseen kohdistuvia rajoituksia, joilla puututaan potilaan oikeuteen henkilökohtaisesta koskemattomuudesta hyvin merkittävällä tavalla. Hoitohenkilökunnan tulisi valita potilaalle vähiten rajoittava toimenpide, jonka avulla tilanteen saisi hallintaan. Kurinpidollisena keinona tai rangaistuksena edellä mainittuja rajoituksia ei saa käyttää. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Psykiatrisessa hoidossa eristämistä voidaan henkilökohtaisen vapauden rajoittamisena verrata vapaudenmenetykseen. (Perustuslaki 731/1999.)

Vaikka potilaan sitomista, kiinnipitämistä ja eristämistä koskevat erilliset säädökset lisättiin mielenterveyslakiin vasta vuonna 2001, oli jo ennen tätä rajoitukset käytössä psykiatrisilla

osastoilla tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden hoitomenetelmissä. (Tolonen 2011, 87.) ”Hoitohenkilökuntaan kuuluva saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen tämän eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Asiasta on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille.” (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Eristämisellä tarkoitetaan toimenpidettä, jossa potilas suljetaan johonkin tilaan, mistä hän ei itse pääse poistumaan. Kyseessä voi olla kalustamaton huone, esimerkiksi eristys huone tai potilaan oma huone. (Tolonen 2011, 88.)

Potilas saadaan eristää vastoin tahtoaan muista potilaista, jos hänen väkivaltaisen tai itsetuhoisen käytöksensä perusteella voidaan olettaa hänen vahingoittavan muita potilaita, henkilökuntaa tai itseään tai jos potilas vaikeuttaa olennaisesti muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai suurella todennäköisyydellä vahingoittaa omaisuuttaan. Myös muu erityisen painava hoidollinen syy voidaan katsoa riittäväksi perusteeksi eristämiseen. Mahdolliseen eristämiseen johtava käytös voi olla riidan haastamista, muiden potilaiden ahdistelua ja vakavaa häirintää sekä potilasta itseään uhkaavaa väkivallan vaaraa oman käytöksensä vuoksi. Jokaisella potilaalla on oikeus turvalliseen hoitoympäristöön ja sen vuoksi heitä on hoitohenkilökunnan toimesta suojeltava. Potilaan äänekkyyys, sekavuus ja rauhattomuus eivät ole yksistään syitä eristämiseen, joten tilanteen arviointi perustuu hoitohenkilökunnan aikaisempaan kokemukseen sekä ammattitaitoon. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Kansainvälisten suositusten mukaan eristyksessä olevalle potilaalle on huolehdittava sopivasta vaatetuksesta ja itsemurhavaarassa olevan potilaan kohdalla se tulee olla sellainen, ettei sitä voida käyttää itsemurhan tekoon soveltuvana välineenä. (Tolonen 2011, 88.)

Eristämisen yhteydessä tai erillisenä, itsenäisenä rajoituksena potilasta voidaan pitää kiinni välttämättömistä hoidollisista syistä johtuen ja hoitohenkilökunta saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen välttämättömiä voimakeinoja. ”Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, minkä jälkeen asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille.” (Mielenterveyslaki 1116/1990)

Sitominen tarkoittaa potilaan sitomista vuoteeseen hihnoilla tai vyöllä siten, ettei hän pääse nousemaan ylös eikä loukkaamaan itseään tai muita, eli potilas asetetaan lepositeisiin. Sitominen on mielenterveyslain mukaan sallittua ainoastaan silloin, kun potilas uhkaustensa tai käytöksensä perusteella suurella todennäköisyydellä vahingoittaisi itseään tai muita eikä muilla toimenpiteillä potilaan ja muiden turvallisuutta pystytä takaamaan. Sitominen on viimeinen keino vaikeimpiin tilanteisiin potilasturvallisuuden järkkyyessä. Sen lisäksi, että sitomisella puututaan potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen hyvin radikaalilla tavalla, se on

ymmärrettävästi potilaalle myös varsin ahdistava kokemus, sekä siihen liittyy myös huomiotavia terveysriskejä. (Tolonen 2011, 89.)

Potilaan sidottuna pitäminen, eristäminen tai kiinnipitäminen lopetetaan heti, kun se on mahdollista, joten hoitavan lääkärin on arvioitava potilaan tilaa niin usein kuin on tarve ja terveydentila vaativat ja sen myötä päättää rajoituksen jatkamisesta tai lopettamisesta. Eristetylle tai sidotulle potilaalle määrätään vastuuhoidtaja, joka huolehtii potilaan riittävästä hoidosta ja huolenpidosta toimenpiteen aikana sekä järjestää potilaalle mahdollisuuden keskusteluun hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitohenkilökunnalla on oltava jatkuva näkö- ja kuulo-yhteys sidottuun tai alaikäiseen potilaaseen. Jos potilaan eristys kestää yli 12 tuntia tai sidottuna oleminen yli 8 tuntia, on tästä ilmoitettava viipymättä potilaan lailliselle edustajalle tai edunvalvojalle. Aluehallintovirasto velvoittaa toimittamaan ilmoituksen kahden viikon välein potilaiden sitomisista ja eristämisistä. Ilmoituksessa tulee käydä ilmi potilaan tunnistetiedot, selvitys toimenpiteestä ja siihen johtaneista syistä sekä rajoituksen määränneen lääkärin nimi. Aluehallintovirasto on velvoitettu hävittämään kahden vuoden kuluttua tietojen saamisesta potilasta koskevat tunnistetiedot. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Psykiatrasta hoitoa antavassa yksikössä tulee olla henkilökunnan käytössä kirjalliset ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksista ja niiden toteuttamisesta. Aluehallintovirastoon toimitettavan ilmoituksen lisäksi myös hoitoyksikössä on pidettävä luetteloa rajoituksista, joihin merkitään aluehallintoviraston ilmoitukseen merkittävien tietojen lisäksi myös rajoituksen suorittajien nimet. Tiedot poistetaan luettelosta kahden vuoden kuluttua merkinnän tekemisestä. Luettelon sisällöstä on säädetty tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella ja potilasasiakirjoihin kirjattavista merkinnöistä on säädetty potilaan oikeuksista ja asemasta annetussa laissa. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

2.4 Tahdonvastainen hoito ja eristystoimenpiteet

Tahdosta riippumatonta hoitoa sekä tahdosta riippumattomia toimenpiteitä hoidon aikana käytetään Suomessa paljon. Psykiatrisessa hoidossa olevista potilaista noin kolmasosa on tahdosta riippumattomassa hoidossa ja esimerkiksi vuonna 2009 tahdon vastaiseen hoitoon määrättiin lähes 9000 uutta potilasta. Samana vuonna 10,1 % hoidossa olevista potilaista koki pakko-oimioita hoidossaan, sillä eristykseen joutui 6,6 % ja lepositeisiin 3,2 % potilaista, fyysisen kiinnipitämisen kohteeksi joutui 1,5 % potilaista ja tahdonvastaisen injektion sai 2,1 % potilaista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 2-9.)

Laajemmin katsottuna psykiatrasta laitoshoidtoa ja potilasmääriä voidaan todeta, että vuoden 2009 aikana hoidossa oli kaiken kaikkiaan noin 30 600 potilasta, joka oli neljä prosenttia vähemmän kuin edellisellä vuonna. Sairaanhoitopiirien välillä on eroja, mutta väestömäärään

suhteutettuna laitoshoidossa olevia potilaita oli keskimäärin noin 5,7 tuhatta asukasta kohden. Suurin määrä suhteellisesti laskettuna oli Etelä-Karjalassa, jossa hoidossa oli 7,8 potilasta tuhatta asukasta kohti ja pienintä Keski-Suomessa, jossa vastaava luku oli 4,2. Vaikka potilaiden sukupuolijakauma vaihteleeikin ikäryhmittäin, oli miesten osuus 51 %. Naisilla osuus havaittiin suurempana 15-24-vuotiaiden ryhmässä sekä iäkkäillä. Hoitopäiviä oli yhteensä noin 1 560 000, mikä merkitsi kahdeksan prosentin laskua edellisvuoteen. Tuhatta asukasta kohden hoitopäiviä oli täten 293. 25-29-vuotiailla hoitopäiviä oli eniten, tuhatta asukasta kohden 414 päivää. Hoitopäivistä 55% käytettiin skitsofrenian hoitoon. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 1.)

Psykiatrisessa hoidossa olevat potilaat voivat olla usein myös tahdon vastaisessa hoidossa, joten he ovat alttiita epäinhimilliselle kohtelulle. Valtion tehtävänä on varmistaa, että laitoksissa asuvien potilaiden ihmisoikeuksia suojellaan, kunnioitetaan ja toteutetaan ja sen varmistamisessa riippumattomien tarkastajien käyttö nousee erityisen tärkeäksi. Ilman säännöllisiä tarkistuksia potilaiden kaltoin kohtelu ja eriaistiset laiminlyönnit voivat jäädä huomaamatta ja sen myötä korjaamatta ja siksi jatkua loputtoman kauan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, ITHACA-työkalu 2011, 6.)

Ihmisoikeussopimuksessa määritellään kohta, jonka mukaan ketään ei saa kiduttaa, eikä rangaista tai kohdella halventavalla tai epäinhimillisellä tavalla. Epäinhimillisuus luokitellaan tahalliseksi ja epäoikeutetusti aiheutetuksi vakavaksi fyysiseksi tai henkiseksi kärsimykseksi. Terveidenhuollossa hoitotoimenpiteen epäinhimillisuus tai laiminlyönti voivat rikkoa ihmisoikeussopimuksen artiklaa. Mielenterveyspotilaan ollessa tahdosta riippumattomassa hoidossa joudutaan kohtaamaan ihmisoikeudelliset seikat, sillä potilas saattaa olla eristettynä tai häntä pakkolääkitään, tilanteen ollessa kuitenkin lääketieteellisesti perusteltua. (Pellonpää 2005, 248.)

Pakkotoimiin ja eristämisiin psykiatrisessa hoidossa liittyy siis laillisuuden ja eettisyyden lisäksi myös ihmisoikeudellinen ongelma. (Tuori & Kiikkala 2004, 11; Groth, Honka, Konttinen & Konttinen 1999, 3037-3043.) Kaikki potilaan hoitoon kuuluvat toimenpiteet pyritään tekemään potilaan omalla suostumuksella, mutta toisinaan potilaan itsemääräämisoikeuteen joudutaan puuttumaan potilaan tahdonvastaisesti. Potilaan itsemääräämisoikeuteen puuttumista säätelevät lakien lisäksi eettiset normit. Eristys vaikuttaa osaston ilmapiiriin ja jättää jälkensä potilaisiin ja hoitohenkilökuntaan. Eristäminen on hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen toimenpide, jossa vuorovaikutuksella on merkitystä tapahtumien kulkuun. Osaston hoitokulttuuri heijastuu väistämättä eristykseen ja paljastavat, onko edellisistä eristyksistä opittu. (Groth ym. 1999, 3037-3043.)

Utilitaristinen ajattelutapa ilmenee psykiatrisessa hoidossa muiden turvallisuuden takaamisessa. Normaalien lakien ei katsota estävän aggressiivisen, väkivaltaisen potilaan vaarallisia tekoja, koska mielisairautensa vuoksi potilas ei pysty arvioimaan tekojensa seurauksia ja sen avulla voidaan perustella potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa. Potilaan vapautta rajoitetaan olettamuksen vuoksi, että potilas saattaa olla vaarallinen ja väkivaltainen muita kohtaan vaikkei väkivaltaisuutta ole edes ilmennyt. (Kaltiala-Heino 2003, 27.)

Potilaan määrääminen tahdonvastaiseen hoitoon on monimutkainen prosessi, josta päättäessään lääkärin täytyy punnita haittoja ja hyötyjä tarkasti. Psykiatrinen potilas ei välttämättä kykene ajattelemaan etunsa mukaisesti todellisuudentajunsa ja harkintakykynsä hämärtyneen vuoksi, jolloin on tärkeää, ettei potilas jää ilman hoitoa. Jos potilaan voinnin katsotaan pahentuvan hoitamattomana, on potilasta hoidettava hoidosta kieltäytymisestä huolimatta. Tahdonvastainen hoitopäätös ei silti oikeuta automaattisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen vaikuttaviin hoitotoimenpiteisiin, kuten eristämiseen, vaan potilaan tarvitsema hoito toimenpiteineen punnitaan yksilöllisesti. (Pimenoff 1999, 267-269.)

Fyysisen rajoittamisen ja pakkokeinojen käytön jälkeen potilaan kanssa tulisi keskustella toimenpiteiden aiheuttamista tunteista ja kertoa potilaalle perustelut pakon käytölle. Potilaan on tärkeä tietää, että hoitohenkilökunta on potilaan tehokkaan hoidon tukena sairautta vastaan. (Pimenoff 1999, 267-269.) Jos sairaalatarkkailu päättyy näennäiseen toipumiseen nopeasti, on potilaalla suuri riski jäädä ilman hoitoa. (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2336-2343.)

Potilaiden kohtelun inhimillisyydessä, kuntoutuksen tukemisessa ja yhteiskuntaan integroimisessa on merkittäviä eroja, mitä ei voida perustella henkilöiden kuntoutumisen vaiheella eikä sairastavuudella. Laitoksissa olevien henkilöiden itsenäisyyttä ja sosiaalista elämää rajoitetaan kohtuuttoman paljon eikä yksityisyyden turvaaminen toteudu läheskään kaikkien kohdalla. Ihmisoikeusloukkauksiin luettiin normaalia arkielämää rajoittavat kiellot ja säännöt, kuten sukupuolisuhteet, vierailuajat ja kahvinkeitto. Ihmisarvon kunnioituksessa todettiin puutteita, sillä potilaiden epäasiallista kohtelua havaittiin muun muassa pakkokeinojen käytössä, potilaiden ”alaikäistämisessä” ja nimittelyssä sekä hoitohenkilökunnan kielteisen asenteen näkymisellä potilaita kohtaan. Vertaistuen käytöllä, nuorten potilaiden itsenäistymisen tukemisella sekä käyttämällä vierihoidtoa eristämisen sijasta koettiin positiivisia vaikutuksia. Huoneiden ylipaikoitus, epäviihtyisät huoneet, potilaiden yksityisyyden rajallisuus sekä henkilökunnan ja potilaiden väliset vuorovaikutussuhteet liittyvät myös inhimilliseen kohtelun toteutumiseen. (Salo 2010, 8.)

Psykiatrisella potilaalla ei välttämättä ole tietoa erilaisista hoitovaihtoehtoista eikä useinkaan tiedä, kuinka häntä itseään hoidetaan ja koska ei välttämättä osaisi ottaa kantaakaan. Hoidosta tulisi sen vuoksi keskustella potilaan lähimpien omaisten kanssa. Vaikuttaa kuitenkin

siltä, että omaisten mahdollisuuksia osallistumisesta rajoitetaan hoitopäätösten tekemisen suhteen. Itsemääräämisoikeutta hoidossa ei täten ole potilaalla eikä liiemmin omaisillakaan potilaan edustajina. (Bärlund-Toivonen 2000, 174.)

Psykiatrisessa hoidossa potilaan rajoittamista ja pakkotoimia perustellaan potilaan suojelemisen, hoitamisen ja kontrolloinnin tarpeella, esimerkiksi potilaan käyttäytyessä muita potilaita kohtaan vaaratilanteita aiheuttavalla tavalla tai potilaan ollessa itsetuhoinen. Potilaan oireita pyritään hallitsemaan huone- ja leposide-eristyksillä ja niiden käyttöä on pystytty vähentämään henkilöstön koulutuksen avulla. Sairaaloiden välisiä eroja on havaittu ja selitys vaihteleviin eristyskäytäntöihin voi olla sairaalan hoitokulttuurissa ja -perinteissä. (Tuori ym. 2004, 11.)

Tarkastellessa pakkotoimenpiteiden käyttömääriä kansainvälisellä tasolla voidaan huomata, että lainsäädännöllisten erojen vuoksi vertailu on hankalaa. Toimenpiteet saattavat olla toisessa maassa sallittuja ja toisessa kiellettyjä ja lisäksi diagnoosiedellytykset tahdonvastaiseen hoitoon määräämisen suhteen poikkeavat toisistaan maakohtaisesti. Linjaus näyttäisi kuitenkin olevan se, että pakkotoimenpiteiden käytön suhteen tulisi pidättäytyä mahdollisuuksien mukaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta tulisi kunnioittaa. Potilaan rajoittaminen lisää väkivaltatilanteiden riskiä, jonka vuoksi pakkotoimenpiteitä tulisi käyttää harkitusti. (Paterson, Bradley, Stark, Saddler, Leadbetter & Allen 2003, 3-15.) Hoidolla saavutetun tuloksen on todettu heikentyneen pakkotoimenpiteiden käytön vuoksi. (Taylor, Killaspy & Wright 2009, 55.)

Vertailtaessa tahdonvastaisen hoidon käytäntöjä kansainvälisellä tasolla EU-maiden kesken on havaittu suuria eroja esimerkiksi tarkkailuajoissa, päätöksentekoprosessin henkilömäärän, päätöksentekijän ammattiaseman sekä tahdonvastaisen hoidon määräämispäätöksen uusimisen suhteen. Suomessa tahdonvastainen hoidollinen toiminta on tarkkaan kirjattavaa ja säänneltyä. Muualla sitomisten ja eristämisten tilastotiedot saattavat olla harhaanjohtavia julkaisuja lainsäädännöstä ja ohjeistuksista. Eurooppalaisen tutkimusprojektin mukaan Suomi sijoitui Euroopan maiden keskivaiheille sitomisten ja eristämisen vertailussa: Islannissa 0, Suomessa 128,1 ja Itävallassa 580 eristystä ja sitomista 100 000 asukasta kohden vuodessa. Vertailussa selvisi, että Englannissa eristämistä ei enää suosita, mutta ilman erillistä kirjaamista potilashuoneen ovi saatetaan lukita ulkoapäin. Hollannissa tahdosta riippumattoman injektion antaminen on kiellettyä sen epäeettisyyden vuoksi. Ranskassa potilaalle saatetaan antaa tahdonvastaisesti injektiona usean lääkkeen yhdistelmä ja joissain sairaaloissa eristyshuoneita ei ole lainkaan. Sloveniassa hoitotyön lainsäädäntö on tiukka, sillä potilaalle määrätty lääkeannokset pystytään ylittämään ainoastaan erillisellä lääkäriyöryhmän tekemällä päätöksellä ja potilaalle voidaan antaa sähköhoitoa ainoastaan virallisella tuomioistuimen päätöksellä. (Korkeila 2011, 2591-2597.)

Potilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä tutkittiin eristämisen- ja sitomisen käytännöistä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat kokivat saavansa eristämisen- ja sitomistilanteen aikana vain vähän huomiota ja kokivat olonsa yksinäiseksi. Potilaat olivat tyytymättömiä tapaan jolla tulivat kohdatuksi ennen sitomista tai eristämistä, henkilökunnan tapaan puhua potilaille ja kuinka tulivat hoidetuksi ennen sitomista tai eristämistä. Lisäksi potilaat kokivat negatiivisena sen, ettei sitomis- tai eristämistilanteista kerrottu potilaalle selkeästi. Tiedon puutetta koettiin itse tilanteesta, hoidosta, suunnitelmasta, potilaille ei kerrottu mitä tapahtuisi seuraavaksi eikä heille kerrottu syytä eristykseen tai sidotuksi joutumiselle. Potilaat kertoivat, että eristyksen tai sitomisen aikana heillä oli vaikeuksia huolehtia perustarpeistaan, kuten suihkussa ja wc:ssä käymisestä, syömisestä ja juomisesta. Potilailla oli pääasiassa negatiivisia kokemuksia henkilökunnan kanssa kommunikoinnissa, mutta joukossa oli myös joitain positiivisia kokemuksia. Potilaat kuvasivat tarvettaan todellisen ihmisen läsnäololle ja kosketukselle sekä lisää kommunikointia. Aktiviteettien puute eristyksessä tai sidottuna vaivasi potilaita, esimerkiksi kirjan tai lehden lukemisen, musiikin kuuntelun ja liikunnan harrastamisen potilaat olisivat kokeneet mieluisaksi. Eristyshuoneessa potilaat kävivät läpi erilaisia tunteita, kuten vihaa, pelkoa ja yksinäisyyttä. Osa potilaista koki eristyksen tuoneen myös turvallisuuden tunnetta ja rauhoittavaa vaikutusta. Eristyksen jälkeen pääasialliset tunteet olivat negatiivisia, sillä eristys koettiin vapaudenriistona, rangaistuksena ja shokkihoitona. (Kontio 2011, 40-41.)

Potilaiden esittämät kehittämis ehdotukset eristyksille ja vaihtoehtoisten menetelmien käytämiselle koskivat kliinisen hoitotyön keskeisiä alueita, kuten empaattista potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhdetta, mielekästä toimintaa, terapeutista yhteisöä ja biologisia hoitomuotoja. Potilaat kokivat, että vaihtoehtoisia menetelmiä eristämisen sijaan olisi runsaasti. Potilaat pitivät tärkeänä hoitajien ja lääkäreiden kanssa vietettyä aikaa osastolla, esimerkiksi henkilöstön empaattisen kuuntelun ja jopa hiljaisen läsnäolon, huomion ja ymmärryksen saamisen ja aktiivisen viestinnän todettiin olevan merkityksellistä. Mielekkäällä tekemisellä tarkoitettiin osastolla tehtäviä päivittäisiä askareita ja esimerkiksi kahvin keittoa, ja osaston ulkopuolella liikunnan ja ammatillisten hoitojen saamista, joilla saatiin sisältöä arkeen. Terapeuttinen yhteisö merkitsi potilaille viihtyisää ympäristöä ja turvallista ilmapiiriä suljetulla osastolla, jonka luomisessa avainasemassa olivat hoitajat yhdessä potilaiden kanssa. Oma potilashuone koettiin tärkeäksi, sillä sinne pääsi tarpeen vaatiessa rauhoittumaan. Potilaat nostivat esiin biologiset hoidot, joissa lääkehoidon lisäksi sähkö- ja magneettihoito koettiin hyödylliseksi vaihtoehtoiksi rajoittaville toimenpiteille. Potilaiden ehdottamia kehitysehdotuksia käytettiin verkkokurssin sisällön kehittämisessä. (Kontio 2011, 42.)

Potilaiden keksimät parannusehdotukset eristys- ja sidontatilanteisiin koskivat muun muassa tiedon saantia eristystilanteista ja siihen kuuluvista toimenpiteistä, jos eristystoimenpiteet katsotaan tarpeelliseksi hänen hoidossaan. Inhimillinen kohtelu ja asiallinen vuorovaikutus

sairaanhoitajien ja lääkäreiden osalta koettiin myös tärkeäksi muutoskohteeksi, sillä potilaat haluaisivat tulla kohdatuiksi tasavertaisina ihmisinä sen sijaan, että heitä pidetään aggressiivisina ja häiritsevinä eristyspotilaina. Potilaat kokivat, että eristyksestä heränneistä tunteista puhuminen ulkopuolisen henkilön, esimerkiksi oikeusasiamiehen tai sairaalapastorin kanssa olisi ollut hyödyllistä. Ajan tasalla olevan tiedon saamiseen haluttiin parannusta, muun muassa potilaan voinnista ja hoitosuunnitelmista sekä tietoa eristyksestä ja sinne joutumisen syystä ja eristyksen kestosta. Potilaat toivoisivat itselleen kirjallista hoitosuunnitelmaa sekä kirjallisia sopimuksia. Potilaiden mielestä eristyshuoneiden turvallisuutta, mukavuutta ja inhimillisyyttä tulisi parantaa. (Kontio 2011, 42.)

Tutkimuksessa arvioitiin myös hoitajien ammatillisen osaamisen kehittymistä eristämisen ja sitomiskäytäntöjä käsittelevän verkkokurssin jälkeen. Nykyiseen koulutuskäytäntöön verrattuna verkkokurssilla ei todettu tilastollisesti merkittävää eroa. Tutkimuksessa todettiin, että henkilökunnan ammatillisen osaamisen kehittämiseksi tarvitaan tukea, koulutusta ja kirjallisia ohjeita ja ammatilliseen täydennyskoulutukseen on syytä yhdistää henkilöstön tukemisen ja kirjallisten ohjeiden lisäksi myös eettiset ja juridiset näkökohdat. Potilaan näkökulman painottamisella todetaan olevan suuri painoarvo kliinistä hoitotyötä kehitettäessä. (Kontio 2011, 42.)

Lääkärit ja hoitajat kokivat potilaiden saavan liian vähän huomiota eristämisen ja sitomistilanteissa ja heidän ehdotuksissaan näkyivät monet vaihtoehdot sitomiselle ja eristämiselle sekä lisäksi toiveena oli lisäkoulutuksen ja tuen saaminen kliiniseen hoitotyöhön. Hoitohenkilökunnan mielestä toimivia vaihtoehtoja eristämiselle ja sitomiselle jokapäiväisessä hoitotyössä ovat olleet läsnäolo, keskustelu, vastuun antaminen ja mielekäs tekeminen muuttuvassa ympäristössä. Lääkäreiden ja hoitajien mukaan eristämisen sijaan aggressiivisia potilaita voitaisiin yrittää rauhoittaa auktoriteetin ja vallan avulla. Auktoriteetti koettiin suurempana lääkärin aseman mukaan sekä osastoilla, joilla oli mieshoitajia tai runsaasti hoitajia. Tutkimus osoitti, että psykiatrisessa hoitotyössä henkilökunta tarvitsee kannustusta ja opetusta tunnistamaan syitä potilaiden aggressiiviselle käytökselle. Sen myötä henkilökunta voisi pohtia muita keinoja tilanteen rauhoittamiseksi ja käyttää eristys- ja sidontatilanteita harkiten, jotta potilaan hoito tulisi inhimillisemmäksi. (Kontio 2011, 42-43)

Hoitohenkilökunnan käsityksen mukaan toimintatapa aggressiivisen potilaan kohdalla on muotoutunut joko hiljaisen tiedon tai kirjallisen ohjeistuksen mukaan, johon kuuluvat lainsäädännölliset seikat sekä säännöt ja kriteerit, joiden tulee täyttyä, jotta potilaan saa eristää. Jotkut sairaanhoitajat totesivat, etteivät he tarvitse kirjallisia ohjeita tilanteeseen, sillä jokainen eristystilanne on yksilöllinen, jonka vuoksi tilannetta ei pystytä samalla menettelytavalla suorittamaan. Toimintatavat koskivat havainnointitaitojen tärkeyttä, terapeutista vuo-

rovaikutusta, lääkkeiden antamista, vaihtoehtojen pohtimista sekä työvoiman lisäämistä. (Kontio 2011, 43-44.)

Hoitohenkilökunnan mielestä henkilöstön määrää tulisi lisätä akuuteille suljetuille osastoille. Osastojen tulisi olla pienempiä ja turvallisempia sekä lisäksi tarvittaisiin selkeät ohjeet aggressiivisia tilanteita varten. Hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa tukea esimiehiltään sekä tämän lisäksi työterveyshuollon rooli ja vertaistuen saaminen kollegoilta koettiin tärkeäksi. Eettisistä päätöksistä keskusteleminen esimiesten ja moniammatillisen työryhmän jäsenten kanssa koettiin olennaiseksi. Tulokset osoittivat, että tulevaisuudessa koulutusohjelmiin sisällytetään klinisiä ohjeita, koulutusta eettisistä ja oikeudellisista kysymyksistä ja henkilökunnan tuen saamisesta. (Kontio 2011, 43-44.)

Nuorisopsykiatrian potilaiden kokemuksia on tutkittu eristys- ja sitomistilanteista. Nuoret kuvasivat monenlaisia kokemuksia ja mielipiteitä eristämisestä. Eristyksessä nähtiin mahdollisuus rauhoittumiseen ja se koettiin jonkinlaisena suojapaikkana aggressiivisille tunteille ja turvallisen olon tuojaksi. Eristys saatettiin kokea myös mielenkiintoisena kokemuksena ja positiivisena asiana nähtiin myös keskustelumahdollisuus hoitajan kanssa. Sidonta koettiin ainakin osittain haitallisena toimenpiteenä, varsinkin jos eristys oli pitkäkestoinen. Liikkumattomuus ja fyysinen kipu sekä tilanteen pelottavuus ja yksityisyyden puute koettiin harmillisena. Tilanne herätti muistoja aiemmasta perheväkivallasta ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä, sillä henkilökunta koettiin liian kovakouraisena. Tekemisen puute ja jatkuvan tarkkailun alla oleminen tylsistyi nuoria. Sitominen koettiin rangaistuskeinona huonosta käytöksestä ja se herätti pelon uudelleensitomisesta. Itsemääräämisoikeuden menetys sekä riisuuntuminen, ulostaminen ja virtsaaminen erityisesti alusastiaan vastakkaista sukupuolta edustavan hoitajan läsnä ollessa koettiin negatiivisena. Sitominen koettiin myös epäinhimillisenä toimenpiteenä. Vaihtoehtona eristämiselle tai sitomiselle nuoret käyttäisivät mieluummin lääkitystä, toimintaa, lepäämistä omassa huoneessa, kuntosalilla käymistä, selkeämpiä osaston sääntöjä, aikalisän ottamista, jatkuvaa tarkkailua, tunnetilan suullista purkamista ja mahdollisuutta mennä vapaaehtoisesti ”pehmustettuun huoneeseen”. (Hottinen 2013, 39.)

Ehdotetut parannukset eristämis- ja sitomistilanteisiin koskivat muun muassa eristyshuonetta, sillä potilaat toivoivat seinälle kelloa, ikkunaa huoneeseen sekä seinien maalaamista mukavilla väreillä. Musiikin kuuntelu, piirtäminen ja lukeminen koettiin mielekkääksi puuhaksi eristyksessä ollessa. Tärkeiksi kehittämiskohteiksi koettiin myös suihkun ja wc:n käytön mahdollisuus ja siihen liittyvä yksityisyys vaatteiden vaihdossa, virtsatessa ja ulostaessa. Potilaat kokivat tarvitsevansa enemmän vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa eristuksen aikana sekä itse eristystilanteen lyhentämistä. Lisäksi toivottiin aktiivista potilaan tilan arviointia eristuksen aikana sekä etukäteen tietoa eristyksestä ja sen kulusta ennen eristuksen alkamista. Potilaat esittivät parannusehdotuksen myös sitomisessa käytettäviin vöihin, sillä hieman joustavat

vyöt mahdollistaisivat ranteiden ja nilkkojen liikuttelun. Potilaat ilmaisivat myös tärkeänä seikkana hoitohenkilökunnan voimankäytön, jonka tulisi olla vähäistä eristystilanteissa. (Hottinen 2013, 40.)

Osa haastatelluista koki hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen riittämättömäksi eristyksen aikana ja pari nuorta mainitsi sairaanhoitajan viettäneen aikaansa lähinnä matkapuhelimensa tai kannettavan tietokoneensa kanssa eristysvuoronsa aikana. Haastatelluista nuorista ainoastaan kolme oli saanut debriefing-apua eli jälkipuintia eristyksen päätyttyä. Niistä kahdesta toista nuoresta, jotka eivät saaneet jälkipuintia tilanteen jälkeen, seitsemän koki, etteivät olisi tarvinneetkaan sitä. Useimmat heistä ehdottivat vaihtoehtoisia menetelmiä eristämislle, vaikka sitominen koettiin tarpeelliseksi psykiatrisessa hoidossa. (Hottinen 2013, 38.)

Suomen mielisairaaloiden pakkotoimia tutkittaessa on todettu potilaiden kokevan eristyksen pääasiassa negatiivisena, toisinaan jopa rangaistuksena, vielä puolen vuoden kuluttua hoidosta. Tutkimus toteutettiin psykiatrisissa sairaaloissa ja aineistona olivat eristystilanteet tietyn viikon aikana, viitenä eri vuotena vuosien 1990-2004 välisenä aikana. Neljäntoista vuoden aikana eristysten kokonaismäärä oli vähentynyt, eikä potilaan suhteellinen riski joutua eristykseen ole muuttunut. Tutkimuksessa todettiin, että huone-eristysten kesto oli kolminkertaistunut, leposide-eristysten pysyessä samanmittaisina kuin tutkimuksen alussa. Tutkimuksen aikana oli tehty potilaan oikeuksia ja asemaa koskevia lainsäädännöllisiä muutoksia sekä tahdonvastaiseen hoitoon liittyvien toimenpiteiden edellytyksiä psykiatrisessa hoidossa, mutta tutkimuksen mukaan lainsäädännöllä ei ole riittävää merkitystä pakkotoimenpiteiden käytön vähentämisessä. (Keski-Valkama 2010, 18-52.)

Eristyksen perusteluksi on yleisesti hyväksytty väkivaltatilanteiden hallinta. Tutkimuksen mukaan eristämisen syynä on useimmiten väkivallan uhan sijaan potilaan levoton ja kiihtynyt käytös, jolloin eristämällä yritetään ennaltaehkäistä väkivaltatilanteen syntyminen. Potilaan sekava ja agitoitunut käytös ilman merkkejä uhkaavasta tai toteutuneesta väkivallasta on tavallisin syy pakkotoimenpiteiden käyttöön. Suomessa huone- ja leposide-eristystä käytetään kliinisesti kaikkein vaikeimpiin potilaisiin. Potilaan sukupuolella ei ollut merkitystä eristämiseen ja eristäminen vaikuttaa olevan yleisempää nuoremmissa potilasryhmissä. (Keski-Valkama 2010, 36-61.)

Tahdonvastaista hoitoa ja pakkotoimien esiintymistä sekä niiden syitä tarkastelevassa tutkimuksessa todettiin, että potilaan toimittaminen tahdonvastaiseen hoitoon sekä mielenterveyshäiriöiden taustalla oleva päihteidenkäyttö lisäsivät pakkotoimien käytön riskiä kolmessa suomalaisessa psykiatrisessa sairaalassa. Skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoitojaksoilla käytettiin rajoittavia toimenpiteitä toistuvasti enemmän kuin muiden diagnoosien kohdalla. Erilaisille rajoituksille, kuten eristykselle yleisin kirjattu syy (43,6 %) oli sekavuus ja levotto-

muus. Väkivallalla uhkaaminen oli syynä 25,1 %:ssa eristys- ja rajoitustilanteista ja 11,2 %:ssa tapauksista syynä oli todellinen väkivalta. Sairaalan omaisuuden vahingoittamisesta johtuneita rajoitus- ja eristystapahtumia oli 2,1 % tapauksista. Vaikka syy eristysseurantaan tulisi aina kirjata, 12,2 %:ssa tilanteista kirjausta ei oltu tehty. Tutkimuksessa todettiin, että väkivallalla uhkaaminen johti potilaan asettamisen huone-eristykseen ja väkivaltainen käytös oli yleisin syy leposide-eristyksen aloittamiseen. Eristämisen syistä tutkimuksessa havaittiin sukupuolten välisiä eroja. Naisilla yleisin syy eristämiseen oli sekavuus ja levottomuus (66,0 %) ja väkivaltainen käytös (17,6 %), kun miehillä yleisin syy eristykseen oli väkivallalla uhkaaminen (40,5 %). (Tuohimäki 2007, 72-73.)

Kyselyn mukaan rauhoittavien lääkkeiden antaminen potilaalle on yleisimmin käytetty vaihtoehto rajoittamiselle ja vastaajista 57 % oli kokenut rauhoittamisen eli sedaation välttämättömäksi sairaalahoidon aikana. Kyselyn mukaan 36 potilaasta 28 kertoi olleensa eristettynä hoitonsa aikana ja heistä 9 potilasta koki sen olleen hyödyllistä ja välttämätöntä oman vointinsa vuoksi. Kyselyssä ilmeni, että 28 potilasta eli 78 % vastaajista oli kokenut eristyksen rangaistuksena ja naiset suhtautuivat eristykseen kielteisemmin kuin miehet. Leposide-eristyksessä oli ollut 6 potilasta, jotka kaikki kertoivat olleensa vaikeasti sairaita eristyksen aikana ja 2 heistä oli kokenut sitomisen välttämättömäksi toimenpiteeksi. Lääkkeen avulla rauhoittaminen koettiin vähiten traumaattiseksi vaihtoehdoksi erilaisista rajoituksista. Sitominen ja eristäminen koettiin ahdistavina aiemmista henkilökohtaisista kokemuksista riippumatta. Kokeusten kertominen koettiin stressaavana ja myös terapeuttisena, koska vastaajilla ei ollut aiemmin tilaisuutta keskustella aiheesta. Vaikka potilaat saattavat kokea pakkokeinojen käytön traumaattisena, on itse psykoosin vaikutus vähintään yhtä traumaattinen. (Mayers, Keet, Winkler & Flisher 2010, 66.)

2.5 Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Potilaan rajoittamisessa huomioidaan osaston yhteisölliset säännöt, sillä struktuuri katsotaan tärkeäksi hoidolliseksi elementiksi psykiatrisessa hoidossa. Hoito pyritään toteuttamaan minimaalisen rajoittamisen mukaan, joten sääntöjä ei tule laatia siten, ettei hoitoa voitaisi potilaskohtaisesti toteuttaa eivätkä säännöt saa rajoittaa potilasta enempää kuin mielenterveyslain sallimissa rajoissa. Psykiatrisessa hoidossa potilaiden on noudatettava osaston päiväjärjestystä, johon on suunniteltu aikataulut ruokailuille, ulkoiluille, työ- ja toimintaterapialle, ryhmä- ja yhteisökokouksille, vierailuille sekä yörauhalle. Päiväjärjestys on kuitenkin potilaskohtaisen harkinnan vuoksi yksilöllisesti toteutettava esimerkiksi ulkoilujen suhteen, sillä kaikilla potilailla ei välttämättä ole vointinsa vuoksi lupaa vapaakävelyllä. (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2336-2343.)

Tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan liikkumisvapautta voidaan rajoittaa siten, että potilas veloitetaan pysymään osastolla. Varminta on tehdä liikkumisvapauden rajoittamista koskeva päätös säädöksellisesti epäselvissä tilanteissa ja potilaan voinnin sitä edellyttäessä. Jos potilas on yhteistyökykyinen, voidaan potilaalle myöntää kotilomia sekä vapaa kulku sairaala-alueella. Potilaan voinnin mukaan potilaalle voidaan myöntää vapaakävely, joka tarkoittaa itsenäistä ulkoilua, joka on potilaskohtaisesti määritelty kestoltaan ja laajuudeltaan potilaan voinnin mukaisesti. Yöaikaan vapaakävelyä ei potilasturvallisuuden vuoksi yleensä sallita. Jos potilas ei ole oikeutettu vapaakävelyyn ulkona, pitäisi potilaalle suoda mahdollisuus ulkoiluun hoitajan saattamana. (CPT Reports 2004, 42.)

2.6 Potilaan lääkitseminen

Potilaan lääkitseminen ennakoivasti ja lisälääkityksellä on tunnettu ennaltaehkäisevä hoitomuoto levotonta potilasta hoidettaessa. Potilas saattaa pyytää itselleen lisää lääkettä eli tarvittavaa lääkettä, jolloin hoitajan tulee arvioida lisälääkityksen tarve huolellisesti. Potilaalla voi olla taipumusta lääkkeiden väärinkäyttöön ja tämän lisäksi osa potilaista pyrkii saamaan huomiota lääkehakuisuudellaan, jolloin potilas itse saattaa itsensä tilanteeseen, jossa kokee tarvitsevänsä lisää lääkettä. Toisinaan keskustelu potilaan kanssa saattaa helpottaa potilaan oloa ja lisälääkkeen tarve poistuu. Potilaan lääkitseminen tahdonvastaisesti on sallittua ainoastaan potilaan ollessa tahdonvastaisessa hoidossa tai asetettuna tarkkailuun. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 114.) Pakkolääkintä luetaan yksittäiseksi pakonkäyttötilanteeksi, eikä käytössä ole kemiallisen rajoittamisen käsitettä. Lääkitys on osa tahdosta riippumatonta hoitoa ja sitä voidaan antaa potilaalle pakolla myös tarkkailuaikana, jos tilanne voidaan määritellä lääketieteelliseksi hätätilanteeksi. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012, 2336-2343.)

Tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan ei katsota olevan oikeutettu kieltäytymään lääkärin määräämistä ja tarpeellisiksi katsomista lääkkeistä, vaikka potilas ymmärtäisi riskit, joita kieltäytyminen voisi aiheuttaa. Lääkäri voi pakkolääkitä potilasta myös klotsapiinilla ja pitkävaikutteisilla ruiskeena annettavilla lääkkeillä. (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2336-2343.) Tahdonvastaisessa hoidossa olevalle potilaalle ei tulisi kuitenkaan antaa pitkävaikutteista eli depot-lääkitystä ilman painavaa syytä. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 114.)

Potilaan toimittaminen tahdonvastaiseen akuuttihoitoon ennustaa heikkoa myöntövyvyyttä lääkahoitoon vielä 6 kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta ja kieltäytymisen vuoksi lääkitsemättä jätetyt potilaat tarvitsevat sairaalahoitoa pidemmän aikaa kuin tehokkaasti lääkityt potilaat. (Owiti & Bowers 2011, 637-647.) Vastentahtoinen lääkitseminen voi johtua potilaan sairauden laadun lisäksi osastoon ja henkilökuntaan liittyvistä tekijöistä. (Scanlan 2010, 412-423; Borckardt, Madan & Grubaugh 2011, 477-83.)

2.7 Aggressiivisen potilaan hoito

Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa mitataan hoitohenkilökunnan ammatillisuutta. Potilaan hyökkäävään käytökseen voi olla syynä päihtymys, delirium eli päihteiden käytön lopettamiseen liittyvä sekavuustila tai psykoottinen harhaluulo. Taustalla voi olla potilaan kokemus epäluottamus ja sisäisesti uhkaavan tilanteen hallitsemisen tarve. Hoitohenkilökunnan on kyettävä tekemään hyökkäävyyden syystä arvio ja ohjattava tilannetta sen mukaan. Väkivallan uhkaa voidaan yrittää pitkittää keskustelulla, jolloin potilaan konfrontoiminen eli tiedottaminen tosiasioilla saattaa keskeyttää uhkaavan tilanteen. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on ratkaiseva merkitys aggressiivisen potilaan rauhoittamisessa. (Lauerma 2001, 1019-1021.)

Potilaan joutuessa tahdonvastaiseen hoitoon on luonnollista, että potilas kokee itsemääräämisoikeuttaan loukattaneen. Sairaalahoidon vastustamisen lisäksi potilas saattaa vastustaa myös hoitohenkilökuntaa, mikä voi ilmetä vihamielisenä käytöksenä ja jopa väkivaltaisuuksina ympäristöä kohtaan. Jos potilaalla on negatiivisia kokemuksia aiemmista sairaalahoidoista, on aggressiivinen käytös todennäköisempää. Jos potilas on aiemmilla hoitokerroilla käyttäytynyt aggressiivisesti, voi hoitohenkilökunta suhtautua potilaaseen torjuvasti ja varautuneesti, joka vahvistaa potilaan vihamielistä asennetta. Potilaan kuunteleminen, empatian ja ymmärryksen osoittaminen sekä riittävän selkeä informointi tilanteesta ja hoidosta on tärkeää potilaan rauhoittamiseksi. Potilaan henkilökohtaisten tavaroiden säilöminen ja tarkastaminen on tehtävä käytäntöä perustellen riittävän hienovaraisesti ja kunnioittavasti. Potilaan perehdyttäminen osaston päiväohjelmaan ja käytäntöihin sekä osaston tiloihin on syytä tehdä rauhassa. (Koivisto 1999, 59.)

Potilaan aggressiivisuuden ennaltaehkäisyssä hoitotyöntekijöiden koulutuksella on suuri merkitys. Väkivaltaa ennustavien merkkien ja vuorovaikutuksessa syntyvien vaaratilanteiden tunnistaminen ovat olennaisessa osassa aggressiivisen ja väkivaltaisuuksien taipuvaisen potilaan hoidossa. (Weizmann-Henelius 1997, 53.) Hoitotyössä työntekijöiden on syytä oppia tuntemaan itsensä ja kiinnittämään huomiota sanallisen viestinnän lisäksi oman kehonkielensä eli sanattoman viestinnän merkitykseen potilaan hoidossa. Potilas saattaa provosoitua työntekijän käytöksestä ja asenteesta, jos se viestittää potilaalle epävarmuutta ja pelkoa mahdollisesta väkivallasta. Työntekijän epävarmuus saattaa siirtyä potilaaseen ja pelon tunne saattaa muuttaa työntekijän käytöksen torjuvaksi ja autoritääriseksi, joka voi provosoida potilasta jopa aggressiivisuuteen asti. Hoitotyöntekijän tunniessa itsensä ja omat reaktionsa hän pystyy tiedostamaan tunteensa vaaratilanteessa, jolloin potilaan provosoituminen voidaan estää. (Weizmann-Henelius 1997, 86.)

Pitkään hoitotyötä tehneillä työntekijöillä on kokemustensa myötä kertynyt osaamista ja tietoa potilaan hoidosta ja kohtaamisesta, mitä ei nuoremmilla ja kokemattomammilla hoitoalan työntekijöillä vielä välttämättä ole. Työssä oppimisen ja kokemuksen kautta hankituilla valmiuksilla hoitohenkilökunnalla on kyky tulkita potilaan tilaa ja sen vuoksi taito toimia oma-toimisesti, luotettavasti, vastuuntuntoisesti ja luovasti sekä ottaa harkittuja riskejä. Pitkään hoitotyön parissa työskenneillä on niin kutsuttua hiljaista tietoa, jonka vuoksi he osaavat toimia ilman tarkoin määriteltyjä sääntöjä ja ohjeistuksia. (Moilanen, Tasala & Virtainlahti 2005, 24-31.)

MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) on Englannissa kehitettyyn toimintamalliin perustuva koulutus, jonka avulla pyritään luomaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöille osaamista turvalliseen hoitoon. Suomessa koulutusta saavat antaa MAPA-Finland -kouluttajakoulutuksen hyväksytysti suorittaneet sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Viiden vuorokauden mittaisessa MAPA-koulutuksessa tavoitteena on kouluttaa hoitohenkilökuntaa ennakoimaan ja välttämään haastavaa käytöstä toiminnallisuuden ja hoidollisen vuorovaikutuksen avulla. Työntekijöitä opetetaan MAPA-Finland -toimintamallin mukaisella menetelmällä, jonka teoriaosuuden keskeisenä teemana on de-eskalaatio -malli, jonka avulla tarkastellaan työntekijän psykososiaalisia verbaalisia ja non-verbaalisia vuorovaikutustaitoja. Ongelmanratkaisu, neuvottelemine ja merkityksen hakeminen potilaan haastavalle käytökselle ja kiihtymykselle kuuluvat työntekijän de-eskalaatitaitoihin. Potilaan kiihtymystä voidaan pyrkiä rauhoittamaan ottamalla muita työntekijöitä mukaan keskusteluun sekä suuntaamalla potilaan huomiota johonkin kiihtymystä vähentävään toimintaan. Potilaan hoitaminen mahdollisimman lievin rajoittavin keinoin ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen antamalla mahdollisuuden turvalliseen ratkaisuvaihtoehtoon valitsemiseen aggressiivisessa tilanteessa kuuluvat vaaratilanteita ennaltaehkäisevään toimintatapaan. Ellei potilaan rauhoittaminen muilla keinoilla onnistu, turvaudutaan viimeisenä keinona potilaan fyysiseen, hallittuun kiinnipitämiseen. MAPA-koulutuksessa työntekijöille opetetaan hoidollisen vuorovaikutuksen myötä potilaan luonnollisten liikeratojen hallittu ja kivuton rajaaminen. (MAPA-Finland Ry)

3 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää potilasturvallisuuden toteutumista akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla ja kuntouttavalla psykiatrisella osastolla hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on ollut tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta eristystilanteissa ja osastolla. Aihe on rajattu käsittelemään eristystoimenpiteitä erityisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevasta potilaasta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksillä on selvitetty, miten eristystilanteiden potilasturvallisuus toteutuu akuutilla suljetulla ja kuntouttavalla psykiatrisella osastolla.

1. Miten vaaratilanteita pyritään ehkäisemään psykiatrisella osastolla?
2. Millaisissa tilanteissa potilasturvallisuus on vaarantunut psykiatrisella osastolla?
3. Kuinka turvallisena psykiatrinen osasto koetaan potilaiden näkökulmasta?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Menetelmän kuvaus

Tässä opinnäytetyössä tutkimusote on laadullinen eli kvalitatiivinen, jonka lähtökohtana on kuvata niin sanotusti todellista elämää. Koska todellisuus on varsin moninainen, pyritään opinnäytetyössä kartoittamaan aihetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on ikään kuin paljastaa ja löytää tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Kvalitatiivisen tutkimuksen voidaan ajatella vastaavan kysymyksiin ”miksi”, ”mitä” tai ”kuinka”, jonka avulla saadaan tietoa vastaajien kokemuksista ja näkemyksistä sekä mielipiteiden ja asenteiden taustalla olevista arvoista. (Vilkkä 2005, 100-101.)

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä tutkimusasetelman joustavuus, sillä tutkimuskysymykset sekä aineistonkeruu saattavat muotoutua tutkimusprosessin edetessä. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa korostuu ihmisen kokemusten, uskomusten ja näkemysten kuvaus. Ihmisiä koskevien, herkkien aiheiden ja ihmisten omien näkemysten kuvaaminen tilastollisesti eli kvantitatiivisesti analysoitavilla keinoilla ei ole mahdollista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 51-58; Vilkkä 2005, 100-101.) Laadullisten tutkimusten tavoite on löytää ja havaita tutkimusaineistosta toimintatapojen eroja ja samanlaisuuksia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska aiheen lähestyminen ja käsittely on tarkoituksenmukaisempaa ja luotettavampaa laadullisella tutkimusotteella kuin strukturoidulla kyselylomakkeella.

4.2 Otos

Otoksen muodostivat opinnäytetyön haastattelun kohdehenkilöt, jotka ovat suljetun ja kuntouttavan aikuispsykiatrisen osaston henkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat. Heillä on kokemusta tutkimuksen aiheesta eli eristystoimenpiteistä ja potilasturvallisuuden toteutumisesta ja tarkoituksena on, että osallistujat kertovat omista näkemyksistään näihin liittyvistä seikoista. Kokemus ilmenee tunteena, tietona tai jonain muuna kokemuksen laadullisena ilmiönä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 126-127.)

Valitessa haastateltavia laadulliseen tutkimukseen on tarkoituksenmukaista valita henkilöitä, joilla on kyky ilmaista itseään hyvin ja jotka haluavat osallistua haastatteluun, jotta kuvattavan ilmiön moninaisuus näkyy kattavasti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216.) Haastateltavien tulisi tietää tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä tulisi olla omakohtaisia kokemuksia käsiteltävästä aiheesta. Jos tutkimuksen tekijä haluaa päättää ennalta haastateltavien määrän, voi hän käyttää työssään eliittiotantaa, jossa haastateltaviksi valikoidaan ainoastaan henkilöitä, joilla oletetaan olevan tutkittavasta aiheesta runsaasti tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88.)

4.3 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

4.3.1 Teemahaastattelu

Opinnäytetyössä on käytetty aineiston keruun menetelmänä teemahaastattelua, jossa teema-alueet eli aihepiirit ovat selkeät ja sen avulla haastateltavan tunteet ja näkemykset pääsevät paremmin esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208-209.) Teemahaastattelu on sopiva menetelmä käytettäväksi sekä laadullisessa että määrällisessä tutkimuksessa. Käytännön työssä haastattelua käytetään muun muassa hoitotyössä, sillä potilaiden ja asiakkaiden yksilö- tai ryhmähaastattelu sairaalaan tullessa, terapiatyössä ja erilaisissa hoitotilanteissa on välttämätöntä. Ryhmähaastattelu soveltuu yhteisön käsitysten tutkimiseen ja tässä opinnäytetyössä käytettävä teemahaastattelu on strukturoitua haastattelua väljempi muoto haastatteluun. Toisaalta, jos teemojen lista kasvaa pitkäksi, muuttuu teemahaastattelu strukturoiduksi haastatteluksi. (Juvakka & Kylmä 2007, 78-80.)

Teemahaastattelua voidaan pitää strukturoimattoman avoimen haastattelun ja lomakehaastattelun välimuotona eli puolistrukturoituna haastatteluna, jota tehtäessä tutkimusongelmasta poimitaan keskeisimmät aiheet ja teemahaastattelu tehdään niiden pohjalta. (Vilkkä 2005, 101-102.) Puolistrukturoidussa menetelmässä haastattelun aihepiirit eli teemat ovat kaikille samat. Haastattelu kohdentuu tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan haastateltavien kanssa. Vaikka teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole merkitystä, on tärkeää, että haastateltava pystyy kertomaan oman subjektiivisen näkemyksensä teema-alueista. Teemahaastattelussa ei haastattelukertojen määrää eikä haastattelun syvällisyyttä ole määritetty. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.) Haastattelun käyttäminen tutkimusmenetelmänä on kannattavaa, koska haastateltaja pystyy esittämään tarkentavia lisäkysymyksiä väärinkäsitysten minimoimiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74.)

Tyypillistä teemahaastattelulle on haastattelun aihepiirien eli teemojen päättäminen etukäteen, mutta tarkat kysymykset ja niiden järjestys voivat muuttua haastattelun aikana. Teemahaastattelu voidaan toteuttaa ryhmähaastattelun lisäksi yksilö- tai parihaastatteluna, mut-

ta ryhmähaastattelun etuna on tiedon saaminen usealta henkilöltä yhtäaikaaisesti sekä ryhmän tuki muistinvaraisia asioita pohdittaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 197-200.) Opin- näytetyön tekijä saattaa pohtia avainteemojen määrää ja luonnetta, joten on muistettava, että mitä avoimemmasta haastattelusta on kyse, sitä aktiivisempi rooli haastattelijalle muodostuu. Teemojen riittävydestä ei kuitenkaan tarvitse olla huolissaan, jos haastateltavien valinta on onnistunut, sillä haastatteluun lupautuneet henkilöt ovat usein haastattelutilanteessa halukkaita kertomaan kokemuksistaan. Opinnäytetyön tekijällä on vastuu luottamuksellisen ja turvallisen haastatteluilmapiirin luomisesta, jonka onnistuessa myös teemahaastattelu onnistunee mainiosti. (Juvakka & Kylmä 2007, 78-80.)

4.3.2 Focus group -haastattelu

Haastattelumenetelmänä opinnäytetyössä on käytetty Focus Group -haastattelua, jossa haastattelijan roolin avulla keskustelu saadaan etenemään ja täsmentäviä lisäkysymyksiä pystytään esittämään keskustelun lomassa. Fokusryhmähaastattelu on käänös englanninkielisestä nimestä focus group interview/discussion. Fokusryhmähaastattelulla tarkoitetaan haastattelijan ylläpitämää, valikoidussa 4-10 hengen ryhmässä tapahtuvaa keskustelua, joka etenee ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Fokusryhmähaastattelulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, eli kyseessä on laadullinen tutkimusmenetelmä. Lääketieteessä fokusryhmähaastattelulla saadaan tutkittua terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa, päätöksentekoa, kommunikaatiota ja ajattelutapoja, sillä sen tavoitteena on tuoda esiin erilaisia näkökulmia. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507.)

Fokusryhmähaastattelussa haastattelijan tehtäväksi muodostuu erilaisten mielipiteiden ja käsitysten esittämisen mahdollistaminen. Fokusryhmähaastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan eli kirjoitetaan sanasta sanaan tekstiksi sekä analysoidaan laadullisen aineiston tavoin. Tulosten esittäminen tapahtuu teema-alueittain tai teoreettisena mallina suorien lainausten kera, jolloin aineiston monipuolisuus ja rikkaus käyvät ilmi. (Mäntyranta ym. 2008, 1507-1508.)

Haastattelussa saadaan tietoa haastateltavien kokemuksista, näkemyksistä, asenteista ja odo- tuksista keskustelun ja kohdennettujen kysymysten avulla. Haastattelussa voidaan kysyä esimerkiksi mielipiteitä jostain tapahtumasta sekä lisäksi tarkentaa täsmentävillä kysymyksillä, mitä ja miten asiat tapahtuivat. Ryhmän keskinäistä vuorovaikutusta, asenteita, mielipiteitä ja sosiaalista ympäristöä pidetään tärkeänä elementtinä ryhmähaastattelua tehdessä. Vuoro- vaikutuksella koetaan olevan tärkeä rooli tietoa tuottaessa, sillä sen avulla voidaan saada sel- laista tietoa mitä yksilöhaastattelussa ei saada. Ryhmän jäsenet pystyvät rohkaisemaan toisi- aan mielipiteiden vaihtoon ryhmähaastattelutilanteessa ja sen avulla kokemukset ja käsityk- set voidaan tuoda tehokkaammin esille. Ryhmässä vaikeista asioista puhuminen onnistuu, kos-

ka spontaanisti kerrotut kokemukset ja tunteet voivat rohkaista muitakin haastateltavia avautumaan. (Pötsönen & Pennanen 1998, 2-4.)

Ryhmähaastattelussa haastattelijalta vaaditaan omakohtaista kiinnostusta ja hyvää taustatietoa aiheesta sekä kykyä ohjata keskustelua eteenpäin, jotta kaikki käsiteltävät teema-alueet ehditään käydä läpi. Haastattelijan rooli on hieman erilainen yksilöhaastatteluun verrattuna, sillä haastattelijan vastuulla on hiljaisten haastateltavien mielipiteiden kysyminen ja kuuleminen eli yksilöllisyyden tavoittaminen, sillä dominoivien henkilöiden lisäksi myös hiljaisemilla henkilöillä on arvokasta ja omakohtaista tietoa kerrottavana. Haastattelijan on luotettava omaan intuitioonsa, tehtävä tarpeen vaatiessa teemarungosta poikkeavia tarkentavia kysymyksiä ja huomioitava myös haastateltavien sanaton viestintä. Ryhmähaastattelussa haastattelijalta vaaditaan kokemusta vuorovaikutustilanteista, ryhmädynamiikan hallintaa sekä kaikin puolin mallikasta haastattelutekniikkaa. (Pötsönen & Pennanen 1998, 4-8.)

4.4 Sisällönanalyysi

Analyysimenetelmänä opinnäytetyössä on käytetty sisällönanalyysiä, joka tarkoittaa kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että potilasturvallisuutta eristämistilanteissa voidaan kuvailla yleistävästi ja lyhyesti. Sen avulla voidaan siis analysoida kirjoitettua tietoa eli vastauksia ja sen avulla pystytään tarkastelemaan tapahtumien ja asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Tarkoituksena on tehdä havaintoja dokumenteista ja systemaattisesti analysoida niitä. Aineistosta erotetaan erilaisuudet ja samanlaisuudet sekä aineistoa kuvaavat sanat, fraasit ja muut yksiköt luokitellaan merkityksen perusteella samaan luokkaan. Tärkeää on löytää ja oivaltaa aineistossa ilmenevät tarkoitukset, merkitykset, seuraukset, aikomukset ja yhteydet. (Janhonen ym. 2003, 21-23.)

Sisällönanalyysissä prosessi etenee analyysiyksikön valinnasta aineistoon tutustumiseen, sen pelkistämiseen ja luokitteluun ja sitä kautta tulkintaan ja luotettavuuden arviointiin, osittain jopa samanaikaisesti. Analyysiyksikkö voi olla aineistoyksikkö, esimerkiksi dokumentti tai aineiston yksikkö eli sana tai lause. Analyysiyksikön tavallisimmin käytetty yksikkö on sana, lause tai sen osa, sanayhdistelmä tai ajatuskokonaisuus. Pelkistämisessä kyse on siitä, että aineistolle esitetään tutkimustehtävään liittyviä kysymyksiä ja sen avulla aineiston vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan termeiksi. Tämän jälkeen termit eli pelkistetyt ilmaisut jaotellaan samansisältöisiin alaluokkiin, yläluokkiin ja pääluokkaan, eli aineisto abstrahoidaan. (Janhonen ym. 2003, 24-29.) Sisällönanalyysissä voidaan lähteä etenemään joko aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai jostain aiemmasta käsitejärjestelmästä eli deduktiivisesti, jonka avulla aineisto luokitellaan. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi on tehty induktiivisesti eli aineistolähtöisesti.



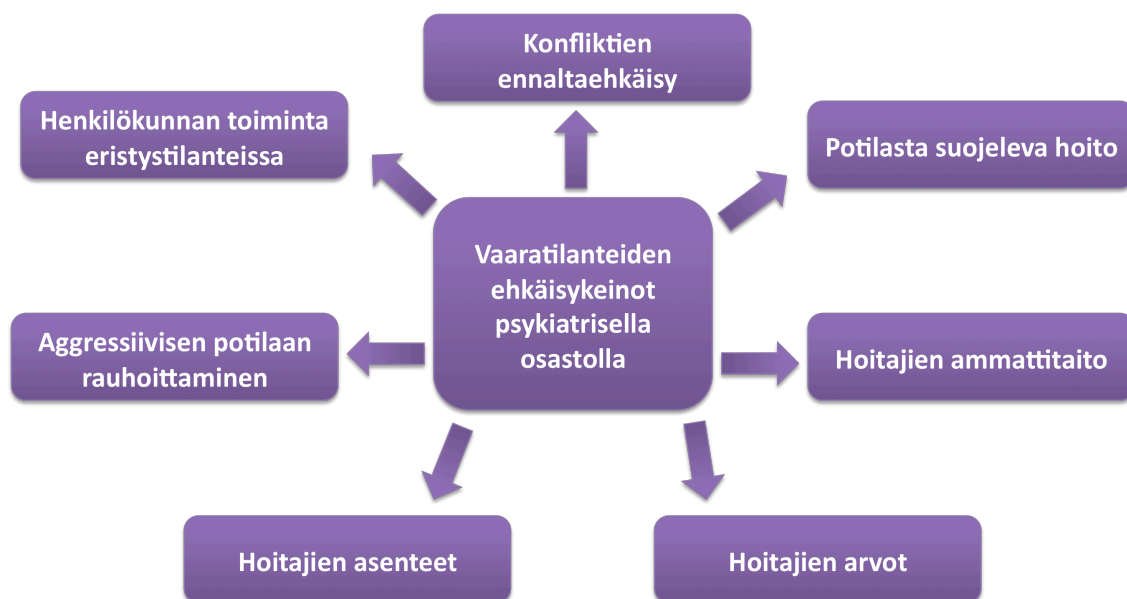
Kuvio 1: Sisällönanalyysi Janhosen (2003) tekstin pohjalta

Sisällönanalyysin luotettavuuteen vaikuttaa muun muassa se, kuinka opinnäytetyön tekijä kykenee pelkistämään keräämänsä aineiston siten, että sen kuvaa riittävän luotettavasti tutkitavaa kohdetta. Yhteys tulosten ja aineiston välillä tulee pystyä luotettavasti osoittamaan. Tässä kohtaa apuna voi käyttää esimerkiksi opinnäytetyön ohjaajaa, koska usean eri henkilön suorittamana luokittelun ja tulosten samansuuntaisuutta pystytään laadukkaammin arvioimaan. (Janhonen ym. 2003, 36-37.) Opinnäytetyön sisällönanalyysin eteneminen on kuvattuna taulukossa (Liite 4).

5 Tulokset

5.1 Vaaratilanteiden ehkäisykeinot psykiatrisella osastolla

Vaaratilanteiden ehkäisykeinoja akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla ja kuntouttavalla psykiatrisella osastolla ovat konfliktien ennaltaehkäisy, potilasta suojeleva hoito, hoitajien ammattitaito sekä arvot ja asenteet, aggressiivisen potilaan rauhoittaminen ja henkilökunnan toiminta eristystilanteissa.



Kuvio 2: Psykiatrisen osaston vaaratilanteiden ehkäisykeinot haastattelun pohjalta

5.1.1 Konfliktien ennaltaehkäisy

Hoitajat kertoivat haastattelussa, että mahdollisesti aggressiivisen potilaan kohdalla ennakoidaan ja kohotetaan valmiutta. Oletettavasti väkivaltaisen potilaan vapautta ei kuitenkaan rajoiteta varmuuden vuoksi, vaan hänet voidaan ohjata omaan huoneeseensa rauhoittumaan. Tarpeen vaatiessa potilasta rajataan muistuttamalla osaston säännöistä ja psykoottista potilasta joudutaan tarvittaessa komentamaan ja käskyttämään, hoitajien pysytellessä kuitenkin asiallisina.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
Ei mun mielestä, ei eristykseen	Oletettavasti väkivaltaisen potilaan vapautta ei rajoiteta	Mahdollisesti aggressiivisen potilaan kohdalla ennakoidaan, kohotetaan valmiutta ja ohjataan potilas omaan huoneeseen
voidaan toki ohjata vaikka hetkeksi aikaa rauhoittumaan omaan huoneeseen.	Oletettavasti väkivaltainen potilas voidaan ohjata omaan huoneeseen rauhoittumaan	
jos on tämmönen oletamus olemassa, niin valmius, valmiutta voidaan kohottaa kyllä sitten..	Jos oletettavaa, että potilas on väkivaltainen, voidaan valmiutta kohottaa	
Ja ennakoida	Jos oletettavaa, että potilas on väkivaltainen, voidaan ennakoida	

jos on hyvinki psykoottinen potilas niin kyllähän silloin joku vois sanoa että se on ehkä asiatonta käytöstä, jos joudutaan vähän kovemmin sanomaan, että silloin kun ei mee potilaalle jakeluun, niin silti se on kuitenkin siihen tilanteeseen nähden niinku oikeestaan pakko sanoa vähän kovemmin ja vähän niinku käskyttää, komentaa. Mutta ei se mun mielestä asiatonta oo.

Tärkeää on, että potilailla on mielekästä tekemistä turhautumisen ja levottomuuden ehkäisemiseksi. Potilaat voivat kokea mielekkään tekemisen eri tavoin, yksilöllisesti.

miten kukakin kokee sen mielekkään tekemisen, tiettyyn rajaun saakka on, joilleki riittää se lukeminen, palapelin kokoaminen, telkkarin katselu, musiikin kuuntelu..

Myös osaston ulkopuolisilla terapioilla sekä erilaisilla kuntouttavilla toimilla, kuten pyykinpesulla potilas voi saada lisää mielekästä tekemistä elämäänsä.

5.1.2 Potilasta suojeleva hoito

Haastattelussa selvisi, että potilasta suojelevaa vierihoitoa pyritään käyttämään mahdollisuuksien mukaan. Vierihoitoa käytetään resurssipulan vuoksi kuitenkin harvoin. Hoitajat kertoivat, että vierihoitoa on käytetty sekä potilashuoneessa että huone-eristyksessä. Erityisesti itsetuhoista potilasta joudutaan vahtimaan toisinaan vierihoidaen, myös huone-eristyksessä.

pystyeristyksestä mä muistan ainaki yhden potilaan että mä oon siellä ihan vierihoidanu sitten.. Että tota istunu siellä tai seissy. Ja vahdannu.

Hoitajat kertoivat, että vierihoidolla on voitu ehkäistä eristyksen käyttöä. Jos osastolla on alaikäinen potilas, on hänellä vierihoidaja koko osastohoidon ajan.

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että itsetuhoista potilasta suojellaan eri tavoin, jotta keinot itsensä satuttamiseen olisivat minimaaliset. Käytännössä tämä tarkoittaa, että esimerkiksi eristys huoneeseen jätetään ainoastaan patja sekä huone-eristyksessä olevaa itsetuhoista potilasta lääkitään, seurataan tiiviisti ja pohditaan leposide-eristyksen tarvetta. Lisäksi potilaan siirto

huone-eristyksestä leposide-eristykseen on tehty mahdollisimman helpoksi, sillä ne ovat vastapäisissä huoneissa.

5.1.3 Hoitajien ammattitaito

Ryhmähaastattelussa hoitajat kertoivat, että he tunnistavat ja tiedostavat erilaisia syitä potilaan aggressiiviselle käytökselle. Itse sairaus ja levottomuus ovat syitä aggressiiviselle käytökselle, kuten myös päihteiden käyttö, lääkehakuisuus ja potilaan rajoittaminen esimerkiksi ulkoilun suhteen.

se ett joutuu rajottaa ett jos potiaalla ei oo ulkoiluja ett ku sanoo potilaalle ett nyt et pääse.

Hoitajien mukaan potilasturvallisuutta lisätään hoitajien kouluttamisella, esimerkiksi MAPA-koulutuksella, jolla edesautetaan yhteistoimintaa ja potilasturvallisuuden toteutumista. Koulutuksen saatavuutta on päätetty lisätä siten, että sairaalan omaa henkilökuntaa koulutetaan MAPA-kouluttajiksi, jotta koulutusta olisi tulevaisuudessa tarjolla kaikille osaston työntekijöille.

Ryhmähaastattelussa ilmeni myös hoitajien ammatillisen kasvun ja kehittymisen merkitys potilaan hoidossa ja vaaratilanteiden ehkäisyssä. Osastolla pitkään työskennelleet hoitajat tuntevat toistensa toimintatavat. Hoitajat kertoivat, että potilaista ja konfliktitilanteista heränneet kielteiset tunteet puretaan kollegoiden kesken muun muassa työnohjauksessa ja raporteilla. Hoitajat kokivat tärkeäksi myös vaaratilanteen päätyttyä sen läpikäymisen ja pohtimisen, olisiko henkilökunta voinut toimia toisin.

on käyty läpi sit jälkeen päin. Ett just mietitään ett oisko siinä ollut jotain mahdollisuutta tehdä jotenkin toisin tai mikä meni pieleen tai mikä meni oikeen. Ett on ehkä enenevässä määrin pyritty siihen että puretaan myöskin henkilökunnan kesken niitä läpi.

5.1.4 Hoitajien arvot

Hoitajat huolehtivat, että osaston sääntöjä ja muita potilaita kunnioitetaan ja epäsopevaan käytökseen puututaan välittömästi. Potilaan käytöksen pitää olla muut potilaat huomioon otettavaa.

me ei hyväksytä kaikenlaista käytöstä, ett siinä pitää huomioida muut potilaat.

Hoitajat viettävät aikaa potilaiden kanssa yhteisössä, esimerkiksi päiväsalissa mahdollisuuksiensa mukaan. Kontaktihoitaja pyrkii viettämään aikaa salissa lääkkeidenjaon ja raportin pitämisen jälkeen. Ryhmähaastattelussa ilmeni, että yhteisöhoito on osaston yksi hoitomuodoista. Hoitajat harmittelivat sitä, että ATK vie hoitajien aikaa potilaiden seurassa vietetystä ajasta ja sen vuoksi hoitajan läsnäolon rauhoittava vaikutus jää välillä vähäiseksi resurssipulan vuoksi.

kun oli äsken puhe, että hoitajan läsnäolo osaston puolella rauhoittaa tilanteita ja luo turvallisuuden tunnetta ja vähentää aggressiivista käyttäytymistä niin se on välillä vähän mahdoton yhtälö.

5.1.5 Hoitajien asenteet

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että hoitajat pyrkivät kohtaamaan potilaan asiallisesti ja inhimillisesti. Hoitajat käyttäytyvät asiallisesti potilasta kohtaan pakkokeinoja käytettäessä ja potilaiden kohtaaminen on kaiken kaikkiaan inhimillistä ja vuorovaikutus on asiallista hoitajien puolelta.

Hoitajat pyrkivät siihen, ettei henkilökemiat vaikuttaisi potilaan hoitoon. Hoitajat kertoivat, että henkilökemiat voivat vaikuttaa hoitaja-potilassuhteisiin siten, että toisten potilaiden kanssa tulee paremmin toimeen. Potilaiden herättämät mielipiteet hoitajissa näkyvät kuitenkin vain raporteilla ja hoitajien välisissä keskusteluissa, ei potilaan hoidossa.

kyllähän jotku potilaat herättää enemmän mielipiteitä. Se ei näy siinä potilaan hoidossa, se näkyy enemmänki siinä hoitajien keskustelussa, ei hoidossa mut raporteilla ja muuta.

5.1.6 Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen

Hoitajat kertoivat, että aggressiivisen potilaan hoidossa lääkehoito on olennaisessa osassa. Aggressiivinen tai levoton potilas lääkitään oikealla lääkkeellä ja tarkkaillaan potilaan vastetta lääkkeeseen. Aggressiivinen tai levoton potilas voidaan ohjata rauhoittumaan omaan huoneeseen. Jos osastolla on kaksi levotonta potilasta, toinen ohjataan ulkoilemaan, mikäli potilaalla on ulkoiluluvat. Hoitajat kertoivat myös, että huonokuntoinen potilas joudutaan laittamaan yksin kahden hengen huoneeseen. Ryhmähaastattelussa ilmeni, että yöaikaan todella aggressiivinen potilas saatetaan päästää ulos sairaalasta ja poliisi tuo potilaan takaisin sairaalaan.

jos meillä täällä yöaikaan joku alkaa ihan oikeesti niin kovin riehuaan että alkaa olla jo hoitajien henki suurin piirtein vaarassa ja muuta niin ei jos meillä ei oo virkavaltaa

paikalla, niin me avataan ovi ja se saa mennä sinne ja sitte virkavalta tuo sen sit uudestaan tullessaan.

5.1.7 Henkilökunnan toiminta eristystilanteissa

Hoitajat kertoivat, että eristystilanteessa aggressiivista potilasta hoidettaessa huolehditaan siitä, että osastolla on riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa. Osastolle hälytetään tarvittaessa lisäapua muilta osastoilta ja pyritään siihen, että olisi ainakin yksi mieshoitaja joka vuorossa. Hoitajat painottivat, että eristystilanteessa on tärkeää, että yksi hoitaja johtaa tilannetta.

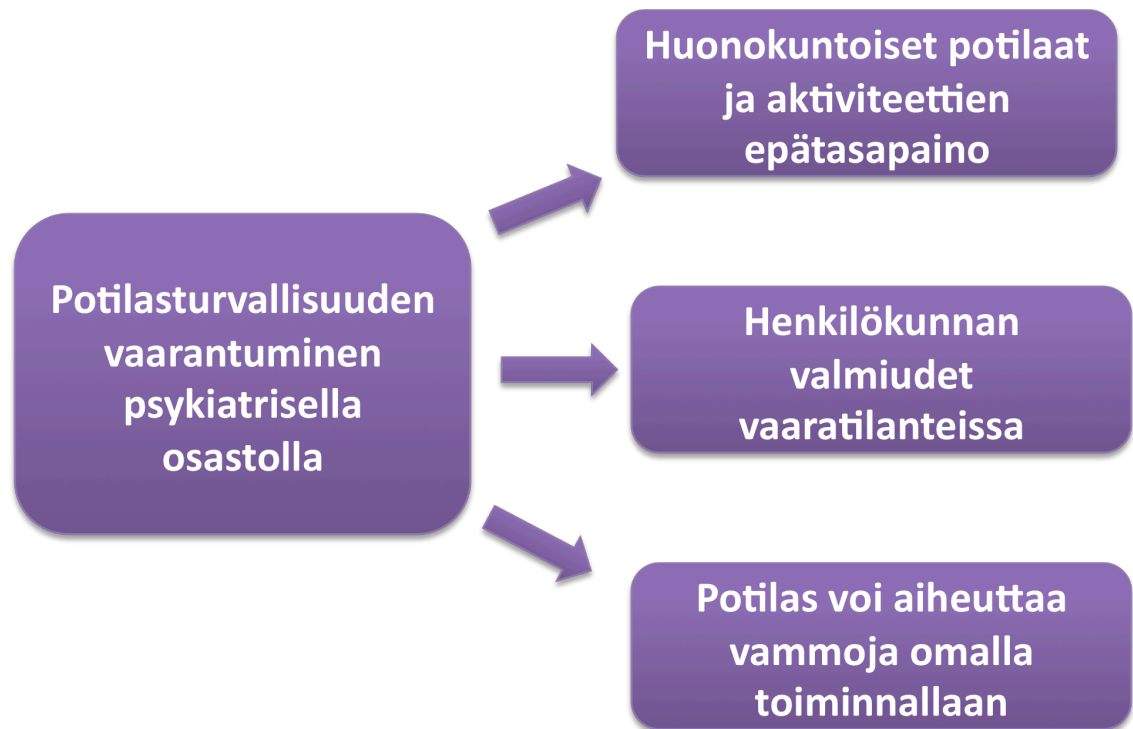
yks henkilö on sit johdossa siinä, ett kuka sit ohjeistaa mitä muut tekee. Mut yksityiskohdat määräytyy sen tilanteen mukaan.

Eristystilanteessa huomioidaan hoitajan sukupuoli, jos se resurssit huomioiden on mahdollista. Ryhmähaastattelussa ilmeni, että eristystilanteessa naispotilas saattaa provosoitua naishoitajan läsnäolosta, ja vastaavasti miespotilas ei välttämättä koe naishoitajaa negatiivisesti eristystilanteessa. Hoitajat kertoivat, että mieshoitajan läsnäolo eristystilanteessa voi rauhoittaa potilasta.

Riippuu tietysti (mies)hoitajan koostakin, jos on hirveen iso niin se kyllä rauhoittaaki.

5.2 Potilasturvallisuuden vaarantuminen psykiatrisella osastolla

Potilasturvallisuuden vaarantumiseen akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla ja kuntouttavalla psykiatrisella osastolla vaikuttaa huonokuntoiset potilaat, aktiviteettien epätasapaino, henkilökunnan valmiudet vaaratilanteissa ja potilaan vammoja aiheuttava toiminta.



Kuvio 3: Potilasturvallisuuden vaarantuminen psykiatrisella osastolla haastattelun pohjalta

5.2.1 Huonokuntoiset potilaat ja aktiviteettien epätasapaino aiheuttavat levottomuutta

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että levottomuuteen vaikuttaa osaston ja huoneiden runsas potilasmäärä sekä potilaiden huonokuntoisuus. Hoitajat kertoivat, että potilaspaikkoja joudutaan lisäämään huoneisiin osaston ollessa täynnä ja sen vuoksi hyvin erikuntoisia potilaita joudutaan sijoittamaan samaan huoneeseen. Jos potilaalla ei ole ulkoilulupia, omaan rauhaan pääseminen on vähäistä. Levottomuuden katsotaan lisääntyvän huonokuntoisten potilaiden ja rauhattomuuden vuoksi.

eilen sain palautetta yheltä potilaalta mikä on suht hyvässä kunnossa ett levottomuus lisääntyy. Kun on paljon potilaita ja rauhatonta. Ett hän vaik on ensikertalainen niin sano ett on tosi levotonta ja hänelle tuli tosi huono olo.

Hoitajat kuvasivat, että potilaiden levottomuus ja aggressiivisuus kasvavat tekemisen puutteesta sekä toisaalta myös liiallisesta tekemisestä.

5.2.2 Henkilökunnan valmiudet vaaratilanteissa eivät ole riittävät

Ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että henkilökunnan puute haittaa osaston toimintaa. Henkilökuntaa on vähennetty entisestään eikä sitä ole riittävästi. Yksi sairaalan osastoista on suljettu, joten henkilökuntaa on eristystilanteissakin vähemmän. Hoitajien vastauksista kävi ilmi erityisesti se, että osaston olot voivat olla vaihtelevat ja täynnä ollessaan henkilökuntaa tarvittaisiin lisää.

ku on niin vaihtelevaa. Ku et koskaan voi tietää ett mikä se tilanne on. Näin täydet kun on osastot niin sais olla kyllä enemmän..

Haastattelussa ilmeni myös, että hoitajat eivät aina osaa tehdä yhteistyötä eristystilanteessa

ei niissä tilanteissa vielääkään välttämättä sitten kuitenkaan osata neuvotella eikä osata välttämättä tehdä sitä yhteistyötä joka sitten vaikeuttaa sitä tai sit tulee ett mä aattelin ett sä teet noin ja mä ett sä meetki sinne ja ku kyllä niissä pitäis sit kuitenkin pystyä keskustelemaan työparin tai työkaverin kanssa ja koko ryhmän kanssa.

Hoitajat kokivat myös, etteivät he aina ehdi reagoimaan ajoissa aggressiivisen potilaan käytökseen. Tällöin saattaa olla vaarana, että potilas ehtii lyödä toista potilasta. Tämä koettiin harvinaisena tapahtumana.

jos on huonokuntonen potilas niin aina ei ehdi reagoimaan ett joku on voinut ehtiä pamauttaa toista mutta se on aika harvinaista.

Vaikeahoitoinen potilas tarvitsee strukturoidun hoidon ja riittävästi henkilökuntaa, johon osastolla ei ole valmiuksia. Hoitajat määrittelivät vaikeahoitoisen potilaan todella aggressiiviseksi sekä kokivat, ettei lääkehoidolla saada vastetta. Hoitajat kertoivat, ettei osastolla ole riittävästi henkilökuntaa vaikeahoitoisen potilaan hoitoon. Ryhmähaastattelussa ilmeni myös, että vaikeahoitoisilla potilailla on ollut osastolla pitkiä eristyksiä odottaessaan siirtoa muualle. Hoitajat olivat sitä mieltä, ettei osasto pysty tarjoamaan vaikeahoitoiselle potilaalle riittävän selkeitä rajoja ja strukturoitua hoitoa.

niin huonokuntonen kerta kaikkiaan ett mikä ei meiän keinoilla parane ja mikä vaatii sit semmosen, niin selkeet rajat ja struktuurin siihen hoitoon ett me ei pystytä täällä meiän osaston puitteissa tarjoamaan. Laitetaan sit sellaselle osastolle missä on kerta kaikkiaan jämäpti meininki.

5.2.3 Potilas voi aiheuttaa henkisiä ja fyysisiä vammoja omalla toiminnallaan

Haastateltavat totesivat, että potilaan saamat vammat eristys-tilanteessa ovat olleet enemmän henkisiä kuin fyysisiä ja eristystilanteissa henkilökunta on vahinkojen kohteena. Hoitajien mielestä väkivaltainen, riehuva potilas on haasteellista kuljettaa kapeasta eristyshuoneen ovesta sisään.

Potilas koittaa potkia, purra, lyödä ja sit ku eristyksen ovi on aika kapee kun siitä mennään niin henkilökunta siinä yleensä on se joka kärsii.

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että itsetuhoinen potilas saattaa aiheuttaa itselleen kipua ja vahinkoa monin eri tavoin eristyksessä ollessaan. Hoitajat kertoivat, että potilaat voivat aiheuttaa mustelmia itselleen, hakata päätänsä seinään sekä yrittää purra itseään ja hoitajia. Potilas saattaa myös yrittää hirttäytyä huone-eristyksessä tai tukehduttaa itsensä.

yks on tunkenu suuhunsa pikkuhousut ku oli yrittäny tukehduttaa ittensä.

Hoitajat olivat sitä mieltä, etteivät potilaat olleet vahingoittuneet hoitohenkilökunnan voimankäytön vuoksi, vaan esimerkiksi virka-apupyynnöllä poliisin saattelemana saapuneella rauhattomalla potilaalla on voinut olla ruhjeita käsiraudoista.

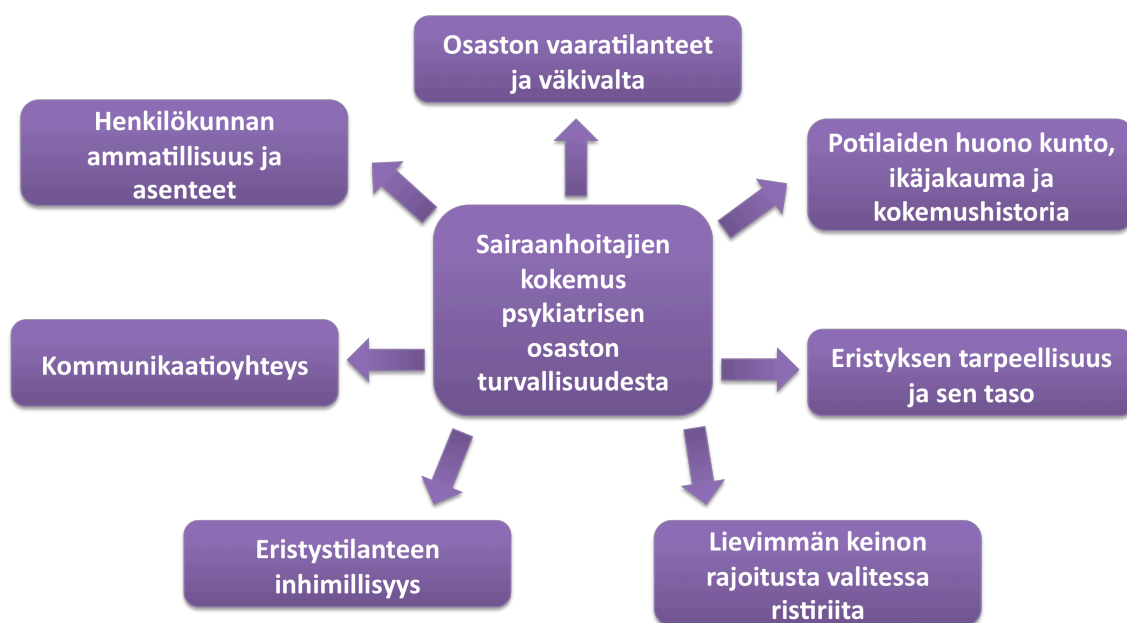
Ehkä poliisien kanssa ku on tullu potilas niin sillan ehkä (on ollut ruhjeita), niillä on ne raudat ja ne.

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että levottomat potilaat laukaisevat toisissaan ärsytystä ja aggressiivisuutta, joka pahimmillaan johtaa väkivaltaisiin tekoihin. Hoitajat kertoivat, että osastolla on ollut tilanteita, joissa toinen potilas on ärsyttänyt toista potilasta ja se on johtanut potilaan hermostumiseen. Haastateltavat kokivat myös, että levottomat potilaat kiihdyttävät toisiaan, joka lisää levottomuutta entisestään. Vaikeahoitoinen väkivaltainen potilas on saatettu siirtää muualle hoidettavaksi.

on meiltä menny Niuvaan yks potilas joka pamautti.

5.3 Sairaanhoidajien kokemus psykiatrisen osaston turvallisuudesta

Hoitajien kokemukseen psykiatrisen osaston turvallisuudesta vaikuttavat osaston vaaratilanteet ja niihin liittyvä väkivalta, potilaiden huonovointisuus, laaja ikäjakauma ja vaihteleva kokemushistoria, eristyksen tarpeellisuus, lievimmän rajoittavan toimenpiteen valitsemisessa ristiriita, eristyksen inhimillisyys, kommunikaatioyhteys sekä henkilökunnan ammatillisuus ja asenteet.



Kuvio 4: Sairaanhoidajien kokemus psykiatrisen osaston turvallisuudesta haastattelun pohjalta

5.3.1 Osaston vaaratilanteet ja väkivalta

Haastateltavien vastauksista kävi ilmi, että osastolla tapahtuvissa vaaratilanteissa on toisinaan mukana väkivaltaa. Hoitajat kertoivat, että potilailla on ollut keskenään käsirysyä. Vaikka vaaratilanteita toisinaan esiintyy, on niitä kuitenkin harvoin. Välillä yhteenotot ovat kuitenkin vakavia, sillä haastateltavat kertoivat, että eräs aggressiivinen tilanne on aiheuttanut väliin menneelle henkilölle pysyvän vamman.

ihan kunnon painimatsi oli meilläki, on siitä varmaan vuosi. Hoitaja meni väliin ja vieläki on pysyvä vamma kädessä hänellä.

5.3.2 Potilaiden huonokuntoisuus, laaja ikäjakauma ja kokemushistoria

Ryhmähaastattelussa ilmeni, ettei potilaan huonovointisuus välttämättä ilmene aina aggressiivisuutena, vaan potilas saattaa voida muulla tavalla psyykkisesti huonosti. Haastateltavat kertoivat, että paremman terveydentilan omaavien potilaiden voi olla ahdistavaa olla samalla osastolla huonommin voivien potilaiden kanssa. Paremman terveydentilan omaavat potilaat jäävät usein myös huonommin voivien potilaiden varjoon tiiviin seurannan ja rajaamisen vuoksi.

osastolla jossa on yks kaks potilasta jotka vaatii koko ajan tosi paljon seurantaa ja rajausta ja silleen niinku ett henkilökunnan aika menee melkeen siihen ja sit toiset potilaat jää vähän sit vähemmälle. Ja sit joutuu aina vähän pahoitteleen.

Hoitajat kertoivat, että osaston potilaiden laaja ikäjakauma ja kokemushistoria voivat ahdistaa nuorta potilasta. Ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että osaston vanhin potilas on ollut 80-vuotias ja haastatteluhetkellä nuorin potilas oli 19-vuotias. Hoitajat olivat havainneet, että nuori potilas saattaa säikähtää vaikeahoitoista tai entistä kriminaalipotilasta.

ku joku potilas voi tuolla sanoo ett mä oon ollu Niuvassa ja muualla ja mä oon tappa-
nu jonku niin kiva olla siinä vieressä kahdeksantoistavuotiaana.

5.3.3 Eristyksen tarpeellisuus ja sen taso

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että ennen leposide-eristystä harkitaan lievempiä rajoittavia keinoja. Hoitajat kertoivat, että huone-eristystä voidaan käyttää potilaan vapaaehtoiseen levähdyshetkeen ns. avoimin ovin, jolloin potilas voi mennä rauhoittumaan tilaan ilman pakkoa eikä ovea lukita. Haastateltavat kertoivat, että niin kutsuttu pakkolääkitseminen voidaan toisinaan suorittaa potilaan koskemattomuutta kunnioittaen hankkimalla riittävästi henkilökuntaa tilanteeseen, jolloin potilas suostuu ottamaan lääkkeen suun kautta eikä potilaalle tarvitse antaa injektio-lääkitystä.

monet lääkitykset ja tämmöset, ettei tarvis niinkään pakkokeinolla antaa niin sit pyydetään porukkaa lisää niin on semmonen barrikadi siinä ympärillä.. En mä tiiä kyllä luokitellaanko se pakkolääkitykseksi. Mut sillon periaatteessa potilas monesti ottaa sen lääkkeenki ilman ett tarvii sitä väkisin antaa. Ylivoima tietyllä tavalla on se.

Haastateltavat kertoivat, että eristyksen taso määräytyy potilaan voinnin mukaan ja potilaalle pyritään aina valitsemaan aina vähiten rajoittava toimenpide. Potilaan voinnin mukaan potilas voidaan myös siirtää leposide-eristyksestä huone-eristykseen.

Ja sit voidaan purkaa, ett siirretään leposide-eristyksestä huone-eristykseen, pysty-eristykseen. Ett sitä kautta sit katotaan ett miten se vointi kantaa.

Hoitajat kertoivat, että hoitohenkilökunta harkitsee eristystä todella tarkkaan ja aiempaa huolellisemmin eristyskriteerien tiukentumisen vuoksi. Hoitajat kokivat, että kirjaamisen vaikeuden vuoksi potilaan laittamista eristykseen harkitaan.

Toisaalta ehkä sekin että kirjaaminen on tullut niin paljon vaikeemmaksi että siinä todella mietitään.. Mikä on ihan hyväkin asia tietenki. Että sit todella mietitään.

5.3.4 Lievimmän keinon rajoitusta valitessa ristiriita

Ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että eristysten määrät ovat laskeneet runsaasti esimerkiksi kuluneen neljän vuoden aikana. Hoitajat uskoivat, ettei eristystä enää käytetä niin herkästi kuin ennen vanhaan. Haastateltavat kertoivat, että huone-eristyksen käyttö on hieman lisääntynyt suljetulla osastolla, kun leposide-eristyksen käyttöä on vähennetty. Ryhmähaastattelussa ilmeni, että kuntouttavalla osastolla ei ole taloudellisista syistä huone-eristystä lainkaan. Leposide-eristystä käytetään.

Ei oo mahdollisuutta. Se maksaa niin paljon muuttaa yhdestä huoneesta eristyshuoneeksi. Meillä piti tulla yhdestä huoneesta eristyshuone, että se ois ollu pystyeristykseenä sit mut sit ois pitänyt hankkia äänieristeet ja lasit ois pitänyt vaihtaa ikkunoissa ja sit kamera. Ois tullu liian kalliiks.

5.3.5 Eristystilanteen inhimillisyys

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että hoitajat pyrkivät luomaan eristystilanteesta mahdollisimman turvallisen kokemuksen potilaalle. Sidottuun potilaaseen on jatkuva kuulo-näköyhteys ja potilaalla on keskustelumahdollisuus hoitajan kanssa eristyksessä ollessa. Hoitajat kertoivat, että potilaan tilaa arvioidaan aktiivisesti ja säännöllisesti eristyksen aikana.

Vartin välein kirjataan koko eristyksen ajan. Ja tarpeen mukaan katotaan muutenki sitten säännöllisin väliajoin, varsinkin jos on lääkittynä vähän reippaammin niin.

Hoitajat totesivat, että eristystä ei pitkitetä tarpeettomasti, vaan se lopetetaan heti, kun potilas on rauhoittunut ja usein eristyksen nopea purkaminen onnistuu lääkkeen rauhoittavan vaikutuksen myötä. Hoitajat kertoivat, että eristys voidaan usein lopettaa, kun potilas on kykenevä asialliseen keskusteluun.

voidaan ajatella että jos pysyy asiallisena ja pystyy keskustelemaan asiallisesti niin monestihan se eristys sit päättyy.

Haastateltavat kertoivat, että potilas on leposide-eristyksessä tai huone-eristyksessä ovat keskimäärin 2-5 tunnin ajan. Kysyttäessä pitkistä leposide-eristyksistä, hoitajat totesivat kahden vuorokauden mittaisten leposide-eristysten olevan poikkeuksellisia.

ne ketkä on todella kipeitä niin lepositeissa mitä on ollut, niin oisko ollut joku kaks vuorokautta enimmillään. Niin ne on kyllä jo niin poikkeuksellisia.

5.3.6 Kommunikaatioyhteys

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että potilasta informoidaan ennen eristuksen alkamista. Potilaalle kerrotaan eristuksen alkaessa, mitä seuraavaksi tapahtuu eli yhteys potilaaseen pidetään auki. Hoitajat kertoivat, että potilaalle kerrotaan eristuksen mahdollisuudesta ja potilaalle annetaan vaihtoehtoja.

kysytään ett viedäänkö sut eristykseen, onko meidän pakko eristää vai ei, ett kyllä siitä keskustellaan, ett eksää nyt pysy nahoissas, ja ett onko tilanne tosiaan niin paha ett sut täytyy eristää mut annetaan niitä vaihtoehtoja kyllä.

Hoitajat kertoivat, että eristystilanteesta keskustellaan potilaan kanssa ja siihen johtaneista syistä sekä potilaalle eristystilanteeseen liittyneistä tunteista. Potilaalle tarjotaan keskusteluapua ja mahdollisuutta käydä eristystilanne läpi. Potilaalta kysytään, onko hän ymmärtänyt eristykseen johtaneen tilanteen. Osa potilaista ymmärtää, ettei huonon terveydentilan vuoksi ole ollut muuta vaihtoehtoa kuin eristäminen.

monesti keskustellaan eristyksessä sen aikana ku alkaa potilas olla vähän paremmassa kunnossa niin keskustellaan siitä eristyksestä ett miks se johti siihen.

Hoitajat totesivat, että potilaan toivetta eristuksen jälkipuinnista kunnioitetaan, mutta potilaalle tarjottava debriefing-apu eristuksen päätyttyä on osastolla normaali käytäntö. Potilas saattaa haluta debriefing-apua vasta myöhemmin tai ei lainkaan ja sen tarve on alun perin lähtöisin potilailta.

tarve tuli enemmänki sieltä potilailta päin ett jos halus mut nykyään kysytäänki potilaalta ett haluatko keskustelua, ett meidän tapoihin kuuluu.

5.3.7 Henkilökunnan ammatillisuus ja asenteet

Ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että ammattitaitoinen hoitohenkilökunta on potilaan tukena ja turvana. Hoitajat kertoivat, että osa hoitajista on saanut koulutuksen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Lisäksi hoitajat kykenevät ennakkoimaan tilanteita ja osaavat reagoida nopeasti

tilanteeseen. Potilas tapaa lääkärin vähintään kerran viikossa. Henkilökunnan ammattitaito on yleisesti lisääntynyt, joten potilaita kyetään kohtaamaan eri tavalla.

Sanotaan ammattitaitoinen henkilökunta, henkilökunnan ammattitaito on parantunut vuosien mittaan niin kyllä se vaikuttaa osaltaan siihen että pystytään kohtaamaan potilaita vähän eri tavalla.

Hoitajat voivat vaikuttaa potilaan turvallisuuden tunteeseen läsnäolollaan. Erityisesti mieshoitajan läsnäolon potilaan ovat kokeneet turvallisuuden tunteen lisääntymisenä. Hoitajat kertoivat, että huonosti voivat potilaat voivat olla arkoja ja pelokkaita osastohoidon alussa. He rauhoittuvat huomattessaan hoitokontaktista olevan apua heidän tilanteeseensa.

ku on osastolla levotonta niin ne huonokuntoiset potilaatki kokee pelkoja, että pelkäävät ihan suorastaan. Kun ei oo sellasta pitkää osastohoitohistoriaa takana kun tulevat osastolle, että onhan ne aika arkoja ja pelokkaita. Mutta kyllä ne sit ku huomaa että tää sujuu kuitenkin ihan hyvin ja hoitokontaktit ja kaikki lähtee pyörimään.

Ryhmähaastattelussa ilmeni, että henkilökunnan voimankäyttö ei ole johtanut potilasvahinkoihin. Hoitajat kertoivat, että eristystä ei käytetä rangaistuskeinona potilaan huonoon käytökseen. Hoitajat totesivat, että hoitajien asenne potilaita kohtaan on inhimillistä ja hoitajien ajattelutapa on muuttunut potilasystävällisemmäksi esimerkiksi eristysten suhteen.

mä uskosin että on siinä varmaan se ihan ajattelutapakin niinku hoitajien, hoitajilla on vähän muuttunu siihen suuntaan että pyritään hoitamaan niinku ilman eristyksiä.

Kysyttäessä hoitajilta, kuinka turvallisena osasto koettiin potilaan näkökulmasta, hoitajat vastasivat, että osastolla on turvallista tilanteesta riippuen.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Kontion (2011) väitöskirjasta ilmeni muutama potilaiden esittämä kehittämis ehdotus ja vaihtoehtoinen menetelmä eristyksen välttämiseksi: mielekäs toiminta, empaattinen potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhde, hoitohenkilökunnan kanssa vietetty aika osastolla. Mielekkäällä tekemisellä tarkoitettiin osastolla tehtäviä päivittäisiä askareita ja osaston ulkopuolella liikkunnan ja ammatillisten hoitojen saamista, joilla saatiin sisältöä arkeen. (Kontio 2011, 42.) Edellä mainitut näyttävät toteutuvan tämän opinnäytetyön kohdesairaalan osastoilla melko hyvin. Samassa Kontion (2011) tutkimuksessa todettiin potilaiden toivovan inhimillistä kohtelua ja asiallista vuorovaikutusta eristystilanteissa, joten myös tämä näyttää toteutuvan opinnäytetyössä tutkittavalla osastolla. Oma potilashuone koettiin Kontion (2011) tutkimuksessa

tärkeäksi rauhoittumispaikaksi, joten se ei varsinaisesti tässä opinnäytetyön tutkimuksessa tuottanut käytännön tasolla samaa tulosta, koska huoneet olivat osastolla varsin täysiä.

Potilaiden kokemus tiedon saannista ei ollut yhdenmukainen Kontion (2011) väitöskirjan tulosten kanssa, sillä tämän opinnäytetyön aineisto osoitti, että potilaille kerrottiin mitä seuraa vaksi tapahtuu sekä syy eristykseen joutumiselle. Kontion (2011) esittämät hoitohenkilökunnan näkemykset eristysten vaihtoehtoiset toimet olivat samansuuntaisia kuin tässä opinnäytetyön aineistossa: läsnäolo, mielekäs tekeminen ja keskustelu. Lisäksi Kontion (2011) tutkimuksessa auktoriteetti koettiin rauhoittavana tekijänä ja se koettiin suurempana sellaisella osastolla, missä oli mieshoitajia tai runsaasti hoitajia.

Kontion (2011) tutkimus osoitti, että hoitajat tarvitsivat opetusta ja kannustusta tunnistamaan syitä potilaiden aggressiiviselle käytökselle. Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että hoitajat tunnistivat syitä aggressiiviselle käytökselle melko hyvin. Eristystilanteiden toimintatavoista Kontion tutkimuksessa olivat havainnointitaitojen tärkeys, terapeutinen vuorovaikutus, lääkkeiden antaminen, työvoiman lisääminen ja vaihtoehtojen pohtiminen (Kontio 2011, 43-44.), joten samankaltainen tulos saatiin tässäkin opinnäytetyössä. Tutkimuksessa ilmeni suljettujen osastojen henkilöstön määrän lisäämisen tarve sekä osastojen pienentäminen (Kontio 2011), kuten todettiin myös tämän opinnäytetyön perusteella.

Hottisen (2013) tutkimuksen mukaan potilaat käyttäisivät vaihtoehtona eristykselle mieluummin lääkitystä, lepäämistä omassa huoneessa, toimintaa, jatkuvaa tarkkailua, tunnetilan suulista purkamista ja mahdollisuutta mennä vapaaehtoisesti pystyeristykseen levähtämään. Tämä näyttää tutkimusaineiston pohjalta toteutuvan melko hyvin. Lisäksi toivottiin aktiivista potilaan tilan arviointia eristyksen aikana sekä tietoa eristyksestä ja sen kulusta ennen eristyksen alkamista, joka näyttää toteutuvan tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta. Tutkimukseen haastateltujen potilaiden joukosta ainoastaan osa oli saanut debriefing-apua eristyksen päätyttyä (Hottinen 2013), joten yhdenmukaisuutta ei ilmene tässä opinnäytetyössä hoitajien kokemana.

6.2 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla mielenkiintoista tutkia potilaan omaisen kokemusta potilasturvallisuuden toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Potilaalle esimerkiksi eristys saattaa olla ahdistava kokemus ja potilas voi kokea, ettei eristys ollut oikeutettua eikä perusteltua. Olisi kiinnostavaa tutkia, miten omaiset kokevat potilaan eristyksen, jos eristystilanne ja eristykseen johtaneet syyt käsiteltäisiin hoitokokouksessa eristyksen päätyttyä moniammatillisen työryhmän, potilaan ja omaisten kesken. Kiinnostavaa olisi tutkia eristystä ja muita pak-

kokeinoja myös ihmisoikeusjärjestöjen näkökulmasta sekä perehtyä median näkemykseen pakkokeinoista ja -hoidosta.

Kehitysehdotuksena voisi olla huone-eristyksen käytön mahdollistaminen sellaisilla osastoilla, joilla ei ole kuin leposide-eristys käytössä. Jos pyritään lievemmin keinoin rajoittamaan potilasta, olisi tarkoituksenmukaista järjestää osastolle tila, jossa huone-eristykseen olisi mahdollisuus. Haastattelussa ilmeni erittäin selvästi hoitajien kokemus resurssitilanteesta ja sen vaikutuksesta potilaan hoitoon. Esimerkiksi vierihoidolla on voitu ehkäistä eristyksen käyttö. Sitä käytetään osastolla harvoin henkilökuntapulan vuoksi, joten resurssien lisäys auttaisi tähän tilanteeseen. Potilaat kokevat hoitajien läsnäolon yhteisössä rauhoittavana tekijänä, jolla mahdollisesti voisi ehkäistä levottomuutta ja sitä kautta aggressiivisuutta, jolloin potilasturvallisuus ja -hyvinvointi toteutuisi resurssia lisäämällä. Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla esimerkiksi kuukauden mittainen kokeilu, jossa osaston henkilökuntamäärää lisättäisiin siten, että yhtä hoitajaa kohden olisi 1-2 potilasta. Tällä tavoin vierihoito olisi mahdollista jatkuvasti tarpeen vaatiessa. Olisi mielenkiintoista tietää, tulisiko vaaratilanteita tuolloin lainkaan, puhumattakaan eristyksistä.

6.3 Tutkimusprosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi lokakuussa 2012 mielenkiintoisen aiheen löydyttyä. Syksyn aikana opiskelijat osallistuivat tutkimusmenetelmät-opintojaksolle, jossa tutkimuksen tekeminen alkoi hahmottua hiljalleen. Tiedonhaun ohjauspajassa opiskelijat saivat opastusta sähköisten tietokantojen käytöstä ja omaan aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja teorialtetta etsittiin mm. Terveystietokannasta, Lindasta, Medicistä, Ebscosta ja Doriasta. Sähköisistä tietokannoista etsittiin tietoa hakusanoilla "pakkokeinot", "psykiatria", "mielenterveystyö", "tahdosta riippumaton", "eristys", "leposide-eristys", "potilasturvallisuus" sekä näiden sanojen erilaisilla sanamuodoilla ja yhdistelmillä. Linkit opinnäytetyössä käytettäviin aineistoihin koottiin Word-tiedostoihin, joihin ryhdyttiin kokoamaan hyödynnettäviä osia aineistoista.

Opinnäytetyön alustava suunnitelma esiteltiin seminaarissa maaliskuussa, jolloin työ oli muotoutumassa hiljalleen oikeaan suuntaan. Varsinainen suunnitelmaseminaari pidettiin toukokuun lopussa, jolloin muiden koulutöiden ja harjoitteluiden loppumisen myötä alkoi aikaa löytymään työhön perehtymiselle enemmän. Korjauksia vaatinut suunnitelma valmistui kesäkuun alussa, jonka myötä saatiin hyväksyntä tutkimuslupahakemukseen.

Tämän jälkeen otettiin yhteyttä yhteistyösairaalaan, jonne lähetettiin suunnitelma ja tutkimuslupahakemus. Organisaatio pyysi vielä organisaation oman tutkimuslupahakemuksen täytettynä, jonka palauttamisen myötä käytännön asioista päästiin sopimaan ja lupa myönnettiin.

Kesäkuun loppupuolella otin yhteyttä organisaatioon ja sovimme haastattelupäiväksi 9.7.2013 ja haastattelupaikaksi sairaalan yhden tilan. Haastattelin neljää hoitajaa, kaksi suljetun osaston ja kaksi kuntouttavan osaston hoitajaa. Haastattelun alussa pyysin haastateltavia täyttämään ”suostumus haastatteluun” -kaavakkeen. Haastattelu nauhoitettiin ja sen kesto oli 55 minuuttia. Haastatteluaineisto litteroitiin ja litteroitua tekstiä saatiin 21 sivua. Litteroinnin jälkeen aloitettiin luokittelu, joka osoittautui varsin aikaa vieväksi. Tutkimuskysymykset sekä litteroitu teksti olivat esillä koko luokittelun ajan, jotta asiayhteys oli helppo tarkistaa. Tuloksia tarkasteltiin sisällönanalyysin avulla, jonka myötä taulukot purettiin tekstiksi.

Ensin opinnäytetyön aihe oli tarkoitus rajata potilasturvallisuuden toteutumiseen eristystilanteissa. Koska haastattelumateriaali oli loppujen lopuksi kattava, päätin tutkia potilasturvallisuuden toteutumista myös muissa tilanteissa kuin eristyksissä, kuten aggressiivisten potilaiden hoitotyötä osastolla ja suhteessa muihin potilaisiin.

Opinnäytetyö prosessina on kehittänyt paineensieto- ja organisointikykyä sekä ajankäytön hallintaa huomattavasti, koska perheellisenä, työssäkäyvänä ihmisenä vuorokausien ja tuntien rajallisuuden huomasi erityisesti loppuvaiheessa päivittäin. Tiedonhaussa oivalluksia syntyi muun muassa kriittisen perehtymisen vuoksi, sillä kaikkia aineistoja ei kyetty tässä opinnäytetyössä hyödyntämään. Potilasturvallisuudesta on paljon teoriaa. Potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä tai tahdosta riippumattomassa hoidossa tietoa on niukasti.

6.4 Opinnäytetyön etiikka

Opinnäytetyössä lopputulos on eettisesti kestäväällä pohjalla, sillä työssä on noudatettu tieteellisiä menetelmiä. Eettisyys opinnäytetyössä näkyy jo aiheen valinnassa, sillä sen on ollut tarkoitus vaikuttaa yhteiskunnan hyvinvointiin ja kehittymiseen psykiatrisen hoitotyön kautta. Eettisten kysymysten eteen joutuu myös valitessa sopivaa tutkimusmenetelmää, johon kuuluu opinnäytetyöprosessi tiedon keruusta aina analyysivaiheeseen saakka. Tämän opinnäytetyön tavoite on ollut eettisesti hyvä, koska kyse on inhimillisestä potilaan kohtaamisesta eristystilanteissa. (Kananen 2008, 133.)

Opinnäytetyön eettisiin lähtökohtiin kuuluu muun muassa haastatteluun osallistujien ihmisarvon kunnioittaminen. Haastateltavat ovat vapaaehtoisesti mukana tutkimuksessa eli eivät pakotettuina. Muiden tuottamaa tekstiä ei saa plagioida eli lainata luvottomasti, vaan lainatessa jonkun toisen kirjoittamaa tekstiä, tulee se ilmaista lähdemerkinnöissä ja suoria lainauksia käyttäessä merkitään tekstiin myös heittomerkit, jolloin lukija ei erehdy luulemaan opinnäytetyön tekijän kirjoittamaa tekstiä omaksi tuotoksekseen. Analysoidessa haastattelua ei tuloksia saa yleistää, eikä muokata tekstiä siten, että se olisi harhaanjohtavaa tai, että siinä

olisi tekaistuja havaintoja. Tutkimuksessa ilmenneet puutteet täytyy tuoda rehellisesti esille, eikä havaintoja saa muutella siten, että lopputulos olisi vääristynyt. (Hirsjärvi ym. 2009, 25-27.)

Tutkimuslupa tähän opinnäytetyöhön on saatu kohdeorganisaatiolta. Eettisen toimikunnan lupaa ei tässä opinnäytetyössä tarvittu, koska kyseessä on henkilökunnan haastattelu. Haastattelu on toteutettu luottamuksellisesti eikä haastateltavien henkilöllisyys ole käynyt ilmi opinnäytetyössä eikä ketään yksittäistä vastaajaa ole voitu tunnistaa. Haastateltavilla oli oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Tutkimusmateriaalin analysoinnin jälkeen nauhoitteet ja muu haastattelumateriaali hävitettiin. Ennen haastattelua haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun (Liite 3).

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyön haastattelun pohjalta saatuihin vastauksiin liittyy ongelma luotettavuuden arvioinnissa. Haastateltava saattaa kaunistella totuutta esimerkiksi esiintymällä moraalintuntoisena ja sosiaalisena henkilönä sekä hyvänä, mallikelpoisena kansalaisena ja jättää mainitsematta epäkohtia työpaikaltaan ja työpanoksestaan. Haastateltava saattaa vaieta rikollisesta ja norminvastaisesta käytöksestä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 206-207.) Opinnäytetyössä haastateltavat pysyvät anonyymeinä, jolloin haastateltavat ovat saattaneet uskaltaa vastata ilman totuuden kaunistelua.

Haastattelussa on pyritty esittämään kysymykset niin selkeästi, etteivät haastateltavat ymmärrä kysymyksiä väärin ja vastaa asian vierestä. Tällä tarkoitetaan validiutta eli pätevyyttä, joka tarkoittaa sitä, että tutkimusmenetelmä tai mittari mittaa tismalleen sitä, mitä on tarkoituskin. Tuloksia tutkittaessa ei voida luottaa niiden pätevyyteen, jos kysymyksiin on vastattu siten, että ne ovat väärintymmärrettyjä ja opinnäytetyön tekijä tulkitsisi niitä siten, kuin hän kysymyksen olisi alun perin tarkoittanut. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.)

Valittuihin tutkimusmenetelmiin voi liittyä myös virheiden mahdollisuus, esimerkiksi valitsemalla vääränlaisen analyysimenetelmän, huonosti määriteltyjä käsitteitä ja niistä johdettuja vajavaisia mittareita unohtamatta. Jokaiseen vaiheeseen tutkimusprosessissa liittyy riski virheeseen. Tiedostamalla näiden uhkatekijöiden vaaran, voidaan niiden vaikutus työn laatuun minimoida. Tämän lisäksi on tärkeää huomioida omat asenteet, koska vaarana on myös omien näkemysten ja asenteiden sekoittuminen tulkintaan ja tutkimusmateriaaliin, jolloin pahimassa tapauksessa opinnäytetyön tekijä tekee matkan itseensä tutkittavaa hyväksikäyttäen. Tähän voi käyttää apuna rajaavia kysymyksiä, joiden avulla vastauksista voidaan ikään kuin ohjatusti tulkita vastaajan omat näkemykset. (Kananen 2008, 121-122.)

Dokumentaatiassa käytettävä tarkkuus on tärkeää, koska jos aineisto on kerätty väärin ja siitä tehty analyysi on sen myötä väärä, ei dokumentaatiosta ole apua laadukasta ja luotettavaa tutkimusta tehtäessä. Tulkinnoista keskustelu eli palautteen saaminen auttaa tutkimuksen tekijää näkemään aineiston mahdollisesti toisesta näkökulmasta, sillä toinen ihminen voi huomata siinä jotain mitä tutkija ei itse ole pannut merkille. (Kananen 2008, 128.)

Lähteet

Kirjat ja artikkelit

- Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL. 2011. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv.* 62.
- Bärlund-Toivonen, E. 2000. Tahdosta riippumaton hoito: psykiatrisen potilaan oikeuksien toteutuminen. – Sundman, E. (toim.) 2000,168-177: Potilaan asema ja oikeudet. Tampere.
- Groth, L., Honka, J., Konttinen, I. & Konttinen, R. 1999. Eristämisen problematiikka pitkäaikaissairaiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*, 26.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen M. 1992. Väkivaltainen potilas. *Duodecim* 1992/108.
- Janhonen S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Juvakka, T. & Kylmälä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kananen, J. 2008. Kvali - Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Koivisto, T. 1999. Miten eristämistä voi yrittää välttää? Teoksessa Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista - eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, 1/-99.
- Lauerma, H. 2001. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen. *Lääkärilehti*, 56.
- Moilanen, R., Tasala, M., Virtainlahti, S. 2005. Hiljainen tieto näkyväksi. Helsinki: Edita Prima.
- Owiti JA, Bowers L. 2011. A narrative review of studies of refusal of psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18.
- Paterson B, Bradley P, Stark C, Saddler D, Leadbetter D, Allen D. 2003. Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pellonpää, M. 2005. Euroopan ihmisoikeussopimus. Jyväskylä: Talentum.
- Pimenoff, V. 1999. Ihmisoikeusnäkökulmaa ei saa sivuttaa. *Suomen Lääkärilehti*, 3.

Pötsönen, R. & Pennanen, P. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylän yliopisto.

Scanlan JN. 2010. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*. 56.

Taylor TL, Killaspy H, Wright C, ym. 2009. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2009/9.

Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuori, T. & Kiikkala, I. 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaanhoidossa. *Suomen Lääkärilehti*, 37.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Otava.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatria muutoksessa. Porvoo: WSOY.

Weizmann-Henelius, C. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä.

Internet-lähteet

CPT Reports. 2004. Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (CPT) from 7 to 17 September 2003. Strasbourg, 14.6.2004. Viitattu 26.8.2013. www.cpt.coe.int/documents/fin/2004-20-inf-eng.pdf

Hottinen, A. 2013. Containment measures in adolescent psychiatric care - focus on mechanical restraint. Rajoitetoimet, erityisesti sitominen, nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Tutun yliopisto. Hoitotieteellinen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 3.6.2013. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/87684/AnnalesD1052HottinenDISS.pdf?sequence=1>

Kaltiala-Heino, R. 2003. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslaina käsite vakava mielenterveydenhäiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 7:2003. Helsinki. Viitattu 2.6.2013. http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1069515#fi

Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry - A persistent Challenge over Time. Huone-eristyksen ja lepositeiden käyttö psykiatrian jatkuvana haasteena. Tampereen yliopisto. Hoitotieteellinen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 21.8.2013. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66581/978-951-44-8025-6.pdf?sequence=1>

Kontio, R. 2011. Atient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals - towards evidence based clinical nursing. Potilaiden eristämisen ja sitomiskäytännöt psykiatrisissa sairaaloissa - Kohti näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 3.6.2013. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>

Korkeila, J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu - onko sillä antia Suomelle? *Suomen Lääkärilehti*. 2011/36. Viitattu 26.8.2013. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=&p_haku=Psykiatristen%20hoitojärjestelmien%20kansainvälinen%20vertailu

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92. Finlex. Viitattu 27.5.2013.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

MAPA-Finland Ry/Toiminta. Koulutusta sosiaali- ja terveysalalle. Viitattu 22.8.2013.
<http://www.mapafinland.fi/toiminta>

Mayers, P., Keet, N., Winkler, G. & Flisher A. J. 2010. Mental health service user's perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. Viitattu 25.8.2013.
<http://isp.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/56/1/60.full.pdf+html>

Mielenterveyslaki 1116/90. Finlex. Viitattu 27.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim 2008; 124:1507-13. Viitattu 13.8.2013.
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>

Perustuslaki 731/99. Finlex. Viitattu 27.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Duodecim. 2012;128(22). Viitattu 24.8.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10637&p_haku=pakko%20keinot

Salo, M. 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteena. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Helsinki. Viitattu 26.5.2013.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79975/eb7d170a-fe4a-4ab2-b096-21afc93a3f63.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Viitattu 27.5.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. Psykiatrian erikoisalain laitoshoido 2009. 4/2011. Viitattu 3.6.2013.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80161/Tr04_11.pdf?sequence=1

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Ihmisoikeuksien ja terveydenhoidon arviointi mielenterveys- ja päihdelaitoksissa ja -asumispalveluissa. ITHACA-työkalu. Raportti 20/2011. Viitattu 1.6.2013.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/812e28ab-34c9-4d48-a463-7f85800e335f>

Tolonen, L. 2011. Psykiatrisen pakkohoidon ihmisoikeuskysymyksenä. Potilaiden asema ja valvontaelinten työ oikeusturvan toteuttajana. Oikeustieteen maisterin lopputyö. Lapin yliopisto. Viitattu 26.5.2013.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/71983/LeenaTolonen.gradu.pdf?sequence=1>

Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic Project "Paternalism and Autonomy". Pakon käyttö psykiatristen potilaiden sairaalahoidossa Suomessa. Osio yhteispohjoismaista projektia "Paternalism and Autonomy". Oulun yliopisto. Hoitotieteellinen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 22.8.2013.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514285424/isbn9789514285424.pdf>

World Health Organization 2008. World Alliance for Patient Safety -Forward Programme 2008-2009. Viitattu 21.8.2013.
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Foward_Programme_2008.pdf

Kuviot

Kuvio 1. Sisällönanalyysi Janhosen (2003) tekstin pohjalta.

Kuvio 2. Psykiatrisen osaston vaaratilanteiden ehkäisykeinot haastattelun pohjalta.

Kuvio 3. Potilasturvallisuuden vaarantuminen psykiatrisella osastolla haastattelun pohjalta.

Kuvio 4. Sairaanhoitajien kokemus psykiatrisen osaston turvallisuudesta haastattelun pohjalta.

Liitteet

- Liite 1. Tutkimuskysymykset
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Suostumus haastatteluun
- Liite 4. Sisällönanalyysi: Kysymys 1
- Liite 5. Sisällönanalyysi: Kysymys 2
- Liite 6. Sisällönanalyysi: Kysymys 3



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuuden toteutumista akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta eristystilanteissa. Aihe rajattiin käsittelemään eristystoimenpiteitä erityisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevasta potilaasta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksillä selvitetään, miten eristystilanteiden potilasturvallisuus toteutuu akuutilla psykiatrisella osastolla.

1. Miten vaaratilanteita pyritään ehkäisemään psykiatrisella osastolla?

- rajoitetaanko potilaan vapautta sellaisen olettamuksen vuoksi, että hän saattaa olla vaarallinen ja väkivaltainen, vaikei väkivaltaisuutta ole ilmennyt?
- oletteko havainneet hoitajissa epäasiallista käytöstä pakkokeinojen käytössä?
- onko potilaiden kohtaaminen inhimillistä ja vuorovaikutus asiallista, hoitajan näkökulmasta?
- onko hoitohenkilökunnalla kielteinen asenne joihinkin potilaisiin ja kuinka se ilmenee?
- oletteko kokeilleet vierihoitoa eristämisen sijaan?
- viettävätkö hoitajat aikaa potilaiden kanssa osastolla?
- kuinka monen hengen huoneita osastolla on?
- onko potilailla mielekästä tekemistä osastolla?
- tunnistavatko hoitajat syitä potilaiden aggressiiviselle käytökselle?
- onko osastolla riittävästi henkilökuntaa?
- onko osasto mielestänne sopivan kokoinen?
- onko osastolla selkeät ohjeet aggressiivisia tilanteita varten?
- onko osastolla kirjalliset ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan itsemääräämisen rajoituksista ja niiden toteuttamisesta?

2. Millaisissa tilanteissa potilasturvallisuus on vaarantunut psykiatrisella osastolla?

- käytetäänkö eristystä rangaistuskeinona huonon käytöksen vuoksi?
- käykö henkilökunta vaaratilanteet läpi jälkikäteen, opitaanko niistä?
- onko osastollanne tehtyjen eristysten määrät laskeneet/nousseet/pysyneet samana esimerkiksi kuluneen 4 vuoden ajan?

- onko sidottuun potilaaseen jatkuva kuulo-näköyhteys?
- annetaanko potilaalle keskustelumahdollisuus eristyksessä ollessa?
- onko voimakeinojen käyttö liiallista vai vähäistä?
- onko potilasvahinkoja sattunut henkilökunnan voimankäytön suhteen?
- valitsetteko aina vähiten rajoittavan toimenpiteen?
- arvioidaanko potilaan tilaa aktiivisesti eristyksen aikana?

3. Kuinka turvallisena koet psykiatrisen osaston potilaiden näkökulmasta?

- kuinka kauan huone-eristys keskimäärin kestää, entä leposide-eristys?
- lopetetaanko eristys aina heti kuin potilas on rauhoittunut?
- saako potilas tietoa eristyksestä toimenpiteenä ennen tai jälkeen eristyksen tai sen aikana? Kerrotaanko potilaalle mitä seuraavaksi tapahtuu?
- saako potilas keskusteluapua henkilökunnan kanssa?
- millaisia tunteita potilaat ovat kertoneet eristyksen herättäneen heissä?
- onko potilas päässyt satuttamaan itseään eristettynä ollessaan?
- saako potilas halutessaan debriefing-apua eristyksen päätyttyä?



SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja,

Olen viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Lohjan Laurean ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä, jonka aiheena on potilasturvallisuus psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuuden toteutumista akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta eristystilanteissa. Aihe rajattiin käsittelemään eristystoimenpiteitä erityisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevasta potilaasta.

Opinnäytetyön aineiston keräyksen suoritan teemahaastattelun muodossa. Haastattelu on ryhmähaastattelu, johon toivon osallistuvan 4-5 hoitajaa osastoltanne. Haastattelu tehdään luottamuksellisesti, eikä haastateltavien henkilöllisyys käy ilmi opinnäytetyöstä. Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat mielenterveystyön lehtorit.

Jos teillä ilmenee jotain kysyttävää opinnäytetyöstäni tai haastattelusta, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Haastatteluun osallistuminen on minulle tärkeää, kiitän jo etukäteen osallistujia.

Ystävällisin terveisin,

Maikki Hopia

040-xxxxxxx

maikki.hopia@laurea.fi



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Suostumus haastatteluun

Olen viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Lohjan Laurean ammattikorkeakoulusta. Valmistun sairaanhoitajaksi lokakuussa 2013. Teen opinnäytetyötä, jonka aiheena on potilasturvallisuus psykiatrisessa hoitotyössä.

Pyydän teitä osallistumaan haastatteluun. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuuden toteutumista akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta eristystilanteissa. Aihe rajattiin käsittelemään eristystoimenpiteitä erityisesti tahdosta riippumattomassa hoidossa olevasta potilaasta.

Haastattelu kestää maksimissaan 1,5 tuntia. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastattelut nauhoitetaan, jonka jälkeen ne kirjoitetaan puhtaaksi. Haastateltavien nimet tai muut henkilötiedot eivät tule missään vaiheessa esille, eikä haastatteluja lue kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijä. Opinnäytetyöni raportissa käytän mahdollisesti suoria lainauksia haastatteluista. Tutkimus perustuu luottamuksellisuuteen. Tutkimusmateriaalin analysoinnin jälkeen nauhoitteet ja muu haastattelumateriaali hävitetään. Ennen haastattelua teiltä pyydetään kirjallinen suostumus haastatteluun.

Ystävällisin terveisin:

Maikki Hopia 040-xxxxxxx

Minä _____ suostun haastateltavaksi

Paikka: _____ Aika: _____

Allekirjoitus _____